

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

N° III

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1907-1908

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Branchiomes Cervicaux

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 11 Mai 1908

PAR

Léon-Joseph-Louis DUTHU

Né à Courrensan (Gers), le 21 juin 1878.

Examineurs de la Thèse :	{	MM. VILLAR	professeur	Président.
		FERRÉ	professeur	Juges.
		BÉGOUIN	agréé	
		GENTES	agréé	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE DU MIDI, E. TRÉNIT

91 — Rue Porte-Dijeaux — 91

1908

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

N° III

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1907-1908

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Branchiomes Cervicaux

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 11 Mai 1908

PAR

Léon-Joseph-Louis DUTHU

Né à Courrensan (Gers), le 21 juin 1878.



Examineurs de la Thèse :

MM. VILLAR
FERRÉ
BÉGOIN
GENTES

professeur ... *Président.*
professeur...
agrégé..... } *Juges.*
agrégé..... }

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE DU MIDI, E. TRÉNIT

91 — Rue Porte-Dijeaux — 91

1908

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux

M. PITRES..... Doyen.

PROFESSEURS

MM. DUPUY..... } Professeurs honoraires.
MASSE..... }

MM.
Clinique interne..... } PICOT.
 } PITRES.
Clinique externe..... } DEMONS.
 } LANELONGUE.
Pathologie et thérapéutique générales. VERGELY.
Thérapeutique..... ARNOZAN.
Médecine opératoire. VILLAR.
Clinique d'accouchements..... LEFOUR.
Anatomie pathologique..... COÛNE.
Anatomie..... GENTES (chargé).
Anatomie générale et histologie..... VIAULT.
Physiologie..... JOLYET.
Hygiène..... LAYET.
Médecine légale..... L. LANDE.
Physique biologique et électricité médicale BERGONIE.

MM.
Chimie..... BLAREZ.
Histoire naturelle... GUILLAUD.
Pharmacie..... DUPOUY.
Matière médicale... N.
Médecine expérimentale..... FERRÉ.
Clinique ophtalmologique..... BADAL.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie..... DENUCE.
Clinique gynécologique BOURSIER.
Clinique médicale des maladies des enfants MOUSSOUS.
Chimie biologique... DENIGÈS.
Physique pharmaceutique..... SIGALAS.
Pathologie exotique. LE DANTEC.

PROFESSEURS ADJOINTS:

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques..... MM. DUBREUILH.
Clinique des maladies des voies urinaires..... POUSSON.
Clinique des maladies du larynx, des oreilles et du nez... MOURE.
Clinique des maladies mentales..... REGIS.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

SECTION DE MÉDECINE (*Pathologie interne et Médecine légale.*)

MM. MONGOUR. | MM. ABADIE.
CABANNES. | CRUCHET.
VERGER. |

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe { MM. BÉGOUIN. | Accouchements. { MM. ANDERODIAS.
 } VENOT. | } PERY.
 } GUYOT. |

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie..... { MM. GENTES. | Physiologie..... MM. GAUTRELET.
 } CAVALIÉ. | } BEILLE.
 } | } MANDOUL.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Chimie..... MM. BENECH. | Pharmacie..... { MM. BARTHE.
 } | } LABAT.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

Pathologie interne..... MM. RONDOT.
Accouchements..... PERY.
Physiologie..... GAUTRELET.
Ophtalmologie..... LAGRANGE.
Clinique dentaire..... CAVALIÉ.

Le Secrétaire de la Faculté: LEMAIRE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE DOCTEUR VILLAR

PROFESSEUR DE MÉDECINE OPÉRATOIRE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE BORDEAUX

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

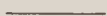
CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

BRANCHIOMES CERVICAUX



INTRODUCTION



Ainsi que M. Veau le fait remarquer dans sa thèse, parue en février 1901, il semble que les tumeurs d'origine branchiale soient plus nombreuses en réalité qu'on ne serait tenté de le croire d'après les publications s'y rapportant. Ainsi, il paraît avoir eu raison de citer ces mots de Rauvier : « On ne voit que ce que l'on connaît déjà ».

C'est au sujet de deux malades atteints d'épithélioma branchial du cou, qui ont été soignés dans son service, que M. le Docteur Courtin a attiré notre attention sur ces tumeurs. Et c'est l'ensemble des recherches faites à ce sujet qui constitue ce travail.

J'ai tâché de réunir toutes les observations parues depuis le travail de M. Veau et j'ai été frappé : 1° Du nombre relativement élevé de cas publiés (1); 2° de la divergence des auteurs au

(1) De 1865 à 1901, il a été publié 49 observations; il en a été publié 19 de 1901 à ce jour.

point de vue pathogénie, pronostic et par suite au point de vue de la conduite à tenir vis-à-vis du malade.

Aussi, dans le but de préciser la question et d'en rendre plus facile la discussion, j'ai cru devoir diviser ainsi mon exposé :

1^o Un historique de la question ;

2^o Un résumé sur l'embryogénie et l'anatomie de la région du cou ;

3^o Une partie clinique dans laquelle, à la suite des observations rapportées et de par ces observations, je tâcherai d'établir une classification de ces tumeurs.

Enfin, j'envisagerai les rapports à établir entre les branchiomes du cou et les branchiomes en général compris comme le voulait Veau dans son travail.

HISTORIQUE

Sous les noms d'épithélioma primitif des ganglions du cou, de cancer des parotides accessoires ou des sous-maxillaires aberrantes, de cancer des vaisseaux du cou, les auteurs antérieurs à 1881, ont publié des observations de tumeurs du cou, et en France Bergeron (1872), Humbert (1878), Chambard (1881-89), les ont étudiées plus particulièrement.

Ces titres trahissaient tous l'embarras dans lequel se trouvaient les auteurs d'attribuer à ces tumeurs une origine en harmonie avec leur constitution histologique.

Les observations publiées en 1865, par Blache, Kalinder, Hayem; en 1869, par Rendu; 1872, par Bourdon; 1875, Stoicesco; 1878, par Nicaise, sont, en effet, des épithéliomas branchiaux. A cette époque, on a cherché à les rattacher aux organes voisins, en vue d'expliquer la présence tantôt des cellules épithéliales, tantôt d'autres tissus qui entraient dans leur constitution.

Volkman, en 1882, fit paraître un mémoire intitulé: « Das branchiogène halscarcinome », publiant des observations de tumeurs ayant des adhérences profondes avec les vaisseaux du cou et en particulier la veine jugulaire. Il émettait ainsi, pour la première fois, l'hypothèse de l'origine branchiale des tissus épithéliaux qui formaient une part de ces tumeurs.

Il parut l'année suivante un travail de Guttman rattachant les épithéliomas du cou aux glandes thyroïdes aberrantes. Il niait ainsi l'origine supposée par Volkman. Un retour vers

les conceptions de Volkmann est effectué par Treiberg (1883), par Bruns (1884).

Dès lors, l'école allemande, avec Regnault (1887), Richard (1888), Ammon (1891) et surtout Gussenbauer, en 1892, adopte l'origine branchiale des épithéliomas du cou.

En Suisse, Reverdin et Mayor se prononcent pour la même origine au sujet d'une tumeur maligne de la région sous maxillaire.

Quarry Sylcock en rapporte trois observations mais sans se prononcer sur leur cause.

Cependant, en France, on ne parle pas encore de cancer branchial et on ne l'admet pas aussi complètement qu'à l'étranger. MM. Berger, Plauth, remettent en jeu l'existence des cancers développés dans les lobules thyroïdiens aberrants. Et, tandis que Brintet intitule sa thèse : « Contribution à l'étude des carcinomes branchiogènes », Quintrie publie à Bordeaux, la même année 1898, une observation d'épithélioma primitif des ganglions du cou.

En Espagne, José Ribera, de Madrid, publie en 1899 une observation d'épithélioma du cou.

En Allemagne, la question semblait jugée et Perez publie un mémoire, avril 1899, contenant six observations, mémoire dans lequel il a accepté la théorie de Volkmann.

Deux ans après, paraît en France la thèse remarquable de M. V. Veau intitulée : « Étude de l'épithélioma branchial du cou » et comme sous-titre : « Branchiome malin de la région cervicale ». Ce travail est trop considérable pour pouvoir être jugé ici. Nous aurons d'ailleurs à en faire l'analyse au cours de notre exposé; qu'il nous suffise de dire que l'auteur se rattache pleinement aux théories de Volkmann.

L'influence de la thèse de M. Veau et des publications faites par ce même auteur, en collaboration avec M. Cunéo, au sujet du XIII^e Congrès international de médecine et de chirurgie, section chirurgie, a été très grande.

Quelques auteurs et surtout M. Régnier et M. P. Berger, ont formulé des critiques parfois sévères sur ce travail.

Plus nombreux sont les chirurgiens français et parmi les plus considérés qui ont admis sans conteste les idées nouvelles.

Est-ce à dire que ceux-ci soient arrivés à une conception unique sur la pathogénie des tumeurs qu'ils ont examinées? ce serait s'aventurer, si on en juge par leurs publications, les uns se félicitant de succès opératoires complets, les autres constatant une fois de plus la justesse des résultats observés par Veau.

Deux thèses furent publiées depuis. L'une parut en mai 1903 (Zicas), et l'autre en décembre 1903 (Deytieux). Elles apportent peu d'observations nouvelles. Celle de Zicas contient une observation dite nouvelle et des conclusions peu en harmonie avec ce qui a été publié sur ces tumeurs, notamment au sujet des douleurs irradiées à la tempe et à la nuque dont il fait une règle, un caractère, alors qu'elles n'ont de valeur que celle d'un hasard.

La thèse de Deytieux, mieux étudiée, essaye d'établir une distinction dans les cas divers publiés qu'il reprend sous le nom de branchiomes cervicaux. Malheureusement, bien de ses arguments n'ont que la valeur d'une hypothèse.

Nous nous réservons d'interpréter plus loin ces vues diverses et, afin de pouvoir être plus précis, nous allons d'abord résumer l'état des connaissances actuelles sur l'embryogénie du cou.

CONSIDÉRATIONS EMBRYOGÉNIQUES

Pour se rendre un compte exact de ce que peuvent devenir certains résidus embryonnaires, il faudrait être absolument fixé sur le moment où ils prennent naissance et surtout sur le ou les points où doivent persister de tels amas cellulaires. Il faudrait en outre connaître la nature ecto ou endodermique, voir même mesodermique des cellules ainsi abandonnées au sein des tissus.

Ces points, l'embryogénie peu-elle les fournir? Pour bien des cas cela ne fait pas de doute. Pour le cou, nous allons voir par cet exposé ce qu'on peut connaître. Sans rentrer dans des discussions oiseuses, quant au nombre, nous admettrons avec la plupart des auteurs du reste (His, Born, Prenant, De Meuron, etc.), que l'appareil branchial de l'homme est à l'origine composé de quatre paires d'arcs branchiaux séparés par quatre paires de fentes branchiales.

C'est au moment où l'embryon mesure 3 à 4 millimètres que l'appareil branchial se présente avec le plus de netteté. A cette période du développement, sur les régions latérales, de ce qui serait le cou sur un sujet plus âgé, apparaissent de chaque côté quatre bourrelets saillants séparés par autant de dépressions. Le premier de ces bourrelets, bifurqué, constitue l'arc maxillaire et sa branche supérieure formera le maxillaire supérieur et la voute palatine, tandis que sa branche inférieure constituera le maxillaire inférieur; le deuxième

bourrelet prend nom d'arc hyoïdien, nous verrons qu'à lui seul il entre pour la plus grande part de la constitution du cou.

Bien qu'à l'origine les quatre bourrelets aient la même constitution, c'est-à-dire soient fermés de trois feuillets, un externe d'origine ectodermique, un interne d'origine endodermique séparés par une sorte d'axe mesodermique, leur destinée est très différente.

Les deux premiers arcs branchiaux, que nous venons de considérer, ont en effet une individualité plus grande que les deux derniers.

Chacun des quatre arcs branchiaux offre, au cours de la troisième semaine du développement, la structure que possèdent les arcs branchiaux adultes chez les vertébrés aquatiques respirent par des branchies et à chacun de ces arcs appartient un vaisseau artériel, l'arc aortique correspondant, et un nerf. Seulement cette disposition parfaitement symétrique et très simple disparaît au début de la quatrième semaine.

Les arcs maxillaires et hyoïdiens s'accroissent considérablement, les deux autres restant stationnaires d'abord puis regressant ensuite, en sorte que le cou sur une coupe frontale apparaît sous forme d'un entonnoir, la portion élargie étant tournée vers la tête. Le deuxième arc continue à s'accroître emboitant le troisième qui, à son tour, emboîte le quatrième en sorte que sur l'embryon de onze millimètres l'appareil paraît s'être replié sur lui-même à la façon des tubes d'une lorgnette suivant la comparaison de His.

La paroi latérale du cou présente alors de chaque côté une dépression profonde à parois ectodermiques ayant la forme d'une fente horizontale, la paroi supérieure formée par la portion inférieure du système branchial primitif jusqu'au deuxième arc, la paroi inférieure de la fente étant constituée par ce qui était la paroi externe du corps de l'embryon sous jacente à l'appareil branchial.

C'est là le sinus præcervicalis de His.

Une mince lame ectodermique descend alors du bord inférieur de l'arc hyoïdien sous forme d'un pli qui atteint la face inférieure des sinus, constituant un opercule.

Dès lors, dit Prenant, le sinus præcervical est divisé en deux parties, une initiale superficielle en forme d'entonnoir, l'infundibulum præcervical dans lequel débouche la deuxième poche ectodermique, et une partie profonde qui a une forme irrégulière, fundus præcervicalis. Plus tard le deuxième arc se soude à la paroi du thorax, dès lors le fundus præcervicalis est isolé de toutes parts et ne communique plus avec l'extérieur mais est relié simplement à l'infundibulum præcervicale par un tractus épithélial, trace de la communication effacée.

Plus tard encore, alors que les troisième et quatrième arcs branchiaux ont définitivement disparu de la surface du corps, le deuxième arc ou arc hyoïdien s'enfonce à son tour profondément, le premier arc ou arc mandibulaire, machoire inférieure future, demeurant seul superficiel et se développant beaucoup.

L'infundibulum præcervical ainsi limité constitue une cavité que His appelle, en raison de sa situation, la fossette retromandibulaire elle n'est autre que la future excavation parotidienne.

Dans ces transformations et ces migrations les deux premiers arcs branchiaux ont conservé leur innervation, le premier a comme nerf le trijumeau, le deuxième le facial et ces deux nerfs serviront même d'arguments à ceux qui cherchent à rattacher tel ou tel muscle à tel ou tel article de l'appareil branchial Hertwig. Mais, même pour ces auteurs, il est impossible de suivre d'une façon certaine la migration des deux derniers arcs ceux-ci n'ayant ni vaisseaux ni nerfs persistants.

His attribue au troisième arc la formation du voile du palais ou arc pharyngoglose et du muscle hyoglosse et le cartilage thyroïde paraît se rattacher au quatrième arc branchial.

Il règne donc une certaine incertitude au sujet de la destinée de ces deux arcs ; il en résulte que si, par une anomalie de développement, ils laissent un reliquat embryonnaire, le point du cou où se ferait cet abandon est indéterminé. Au plus, peut on restreindre les champs des possibilités en disant que l'os hyoïde et le ligament stylo-hyoïdien en haut, la trachée en dedans et la clavicule en bas ne sauraient être dépassés.

Plus intéressante et mieux connue est l'évolution des fentes branchiales. Celles-ci comprenant deux feuillet, nous donnerons, avec Verdun, le nom de sillon ectodermique à la dépression ectodermique et le nom de poche endodermique ou simplement poche à la dépression endodermique.

C'est du reste Verdun qui dans sa thèse de doctorat es sciences a le mieux étudié les dérivés branchiaux. Et l'examen des planches jointes à sa thèse ne permettent plus de douter si tant est qu'on eut pu douter après des recherches aussi bien conduite et portant sur presque toute la série des vertèbres.

Nous avons vu au sujet des arcs branchiaux que seule la première fente branchiale (ectodermique) persiste et elle sera en partie utilisée à la formation de l'oreille moyenne de l'oreille externe et de la trompe d'Eustache.

Les trois autres fentes se sont trouvées réunies dans la formation du sinus præcervical et quand la soudure du deuxième arc au thorax est effectuée. Ces reliquats ectodermiques ne tardent pas à disparaître sauf le cas d'anomalies dans le développement. Ces faits étaient déjà connus de His qui avait contribué à les établir, mais là où le désaccord était complet entre les auteurs c'est au sujet des poches endodermiques plus importantes puisqu'elles persistent ou tout au moins elles témoignent de leur existence embryonnaire par les organes auxquels elles donnent naissance chez le fœtus à terme et chez l'enfant.

Verdun arrive dans son étude à ces conclusions au sujet de l'homme.

La troisième poche branchiale donne :

a) Un nodule dorsal et externe, ébauche de la glandule branchiale III. Celle-ci chez l'adulte se trouve à la face postérieure des lobes thyroïdiens vers leur bord inférieur et près du point où pénètre l'artère thyroïdienne inférieure.

b) Un diverticule ventral et inférieur, le thymus III qui plus tard se réunit à son congénère pour descendre dans le médiastin, tantôt en avant tantôt en arrière du tronc anastomotique réunissant les deux veines cardinales supérieures.

c) Des fragments de l'extrémité supérieure du thymus III, peuvent se détacher de la masse principale et rester dans le voisinage des glandules III, où ils constituent les lobules thymiques externes.

La quatrième poche fournit un nodule dorsal et externe la future glandule branchiale IV, qui chez l'adulte se place à la face postérieure des lobes thyroïdiens au-dessus et au voisinage des glandules III.

Le corps post-branchial ou thyroïde latérale, figurant un diverticule branchial de la quatrième poche, est en réalité une formation indépendante dont les rapports avec cette poche branchiale doivent être considérés comme secondaires. Elle s'atrophie de bonne heure et disparaît en totalité (1).

Cette étude détruit donc la conception embryogénique classique de la thyroïde qui la fait dériver de trois ébauches : une médiane, deux latérales. Il nous importe de savoir comment se forme cette glande et si nous suivons la série des coupes d'embryons faites par Verdun et les reconstitutions obtenues par projections de ces coupes sur un plan frontal, nous voyons que, sur l'embryon de trois millimètres, à la hauteur de la deuxième fente branchiale, la paroi du pharynx bourgeonne sur sa face ventrale. Ce bourgeonnement forme un diverticule creux immédiatement au-dessous du tubercule impair qui réunit les deux arcs maxillaires inférieurs sur la

(1) Verdun, *loc. cit.*, p. 153.

ligne médiane, au niveau par conséquent de l'ébauche médiane de la langue.

Bientôt, un plissement longitudinal de la base ventrale du pharynx donnera l'origine de la trachée, d'abord sous forme d'un bourgeon plein, ensuite sous forme de tube. En ce moment, la masse bourgeonnante que nous avons trouvé plus haut et dont la cavité s'est comblée, descend en se plaçant en avant (face ventrale) du larynx.

C'est là l'ébauche médiane du corps thyroïde. Celui-ci continue à croître tout en descendant et prend la forme en fer à cheval embrassant la trachée, forme qu'il gardera à l'état adulte. Les deux lobes latéraux et l'isthme du corps thyroïde sont ainsi constitués. En ce moment le canal thyroéglotte existe déjà, mais la pyramide de Lalouette n'existe pas encore, elle poussera ensuite au dépens du lobe gauche le plus souvent et viendra prendre contact avec le canal thyroéglotte.

De même que la pyramide de Lalouette se développe de bas en haut, de même les lobes latéraux s'accroissent vers la portion supérieure, se mettent en contact avec les glandules branchiales III (glandules thymiques) par leur face postérieure et inférieure, tandis que les glandules branchiales IV (glandules thyroïdiennes) avec les deux thyroïdes latérales (corps post-branchiaux), sont appliquées contre la face postérieure des cornes du croissant thyroïdien vers leur extrémité supérieure.

Ainsi les glandules thyroïdiennes et les thyroïdes latérales semblent être sur l'axe autour duquel se meuvent le thymus et les glandules thymiques d'une part et la thyroïde médiane de l'autre.

De ce développement nous tirons cet enseignement :

1° Les lobes latéraux ne sont pas constitués au moment de la descente du corps thyroïde et ne sauraient par suite abandonner des lobules à divers niveaux sur les parois latérales du cou, au moment de cette migration qu'ils n'effectuent pas.

2° Les thyroïdes latérales, sans rien préjuger de leur nature,

et les glandules thyroïdiennes qui les avoisinent, se trouvent en nombre bien déterminé et accolées aux lobes latéraux du corps thyroïde à un niveau ne dépassant pas les cornes supérieures des lobes latéraux.

De l'étude phylogénique des thyroïdes latérales, Verdun arrive en outre à conclure : que les thyroïdes latérales doivent être placées avec les corps supra-péricardiques de certains vertébrés et dérivent comme eux des portions dorsales des poches endodermiques d'où le nom de corps post-branchiaux qu'il leur donne. « Ils représentent dit-il, des » organes glandulaires particuliers, distincts par leur origine » et leur structure, aussi bien de la thyroïde médiane que du » thymus et des glandules branchiales ».

Leur signification morphologique est encore douteuse.

Enfin sur la voie de descente du corps thyroïde, nous pouvons trouver des thyroïdes accessoires, véritables vésicules abandonnées. Ce sont les thyroïdes pré, sus ou sous-hyoïdiennes, que l'on trouve sur la ligne médiane sur le trajet du canal thyroéo-glosse quand il existe, ou sur le trajet du trousseau fibreux qui le remplace quand il a disparu.

Quant aux formations trouvées, très rarement du reste, sur les régions latérales et que Wölfler a désignées sous le nom de thyroïdes accessoires, nous verrons ce qu'il faut en penser plus loin.

Les poches endodermiques des fentes branchiales donnent en outre des organes ci-dessus le thymus.

Nous avons déjà plusieurs fois parlé de son ébauche branchiale au niveau de la partie ventrale de la troisième poche, de là il descend vers le thorax.

Au moment où les deux veines cardinales supérieures sont anastomosées, les deux lobes thymiques qui sont arrivés au contact et qui ont perdu leur cavité primitive, se soudent et vont se mettre au contact du péricarde en passant en avant du tronc brachio-céphalique artériel. Le contact péricardique a lieu au niveau de la crosse de l'aorte.

Le thymus diminuera plus tard d'une façon progressive

chez l'enfant et aura complètement disparu à un âge relativement peu élevé. Mais parfois, étant donné la facilité avec laquelle cet organe se fragmente, il laissera des résidus qui auront le même sens que les vésicules thymiques qui l'escortent dans sa descente.

Nous aurions terminé ce résumé embryologique s'il ne nous restait à dire quelques mots d'un corps particulier, la glande carotidienne et de ses homologues. C'est ce que nous allons faire en précisant également les rapports des vaisseaux carotidiens et du pneumo-gastrique avec les formations que nous avons déjà étudiées.

La glande carotidienne n'est pas un dérivé branchial bien qu'elle naisse à la hauteur des glandules thymiques, elle se forme par un épaississement des parois des artères carotides primitive, c'est donc un dérivé purement mésodermique qui n'a que des rapports de voisinage avec les dérivés branchiaux.

C'est là l'opinion de Verdon, mais ses planches ne sont pas assez précises sur le développement de la glande carotidienne pour qu'on ne doive pas tenir compte des travaux de Prenant sur ce sujet.

Après avoir étudié la signification de la thyroïde latérale et nous avoir dit « la thyroïde latérale présente un état histologique qui est une vésicule incapable d'une production colloïde comparable à celle qui caractérise la glande thyroïde de tous les gnathostomes ». Cet auteur considère une troisième classe de dérivés branchiaux.

Ce sont des épaississements pleins des parois des fentes branchiales, différant comme structure des ébauches thymiques autant que des ébauches thyroïdiennes latérales. Ils se présentent, pour tous les auteurs qui les ont décrits, comme des nodules épithéliaux. Maurer a ainsi décrit des « restes épithéliaux », des « corpuscules épithéliaux » et bien des noms ont été donnés à ces formations, dont la plus constante est la glande carotidienne. Toutes ont des relations intimes avec les arcs aortiques.

La glande carotidienne naît au dépens de la troisième *poche* branchiale sous forme d'un épaississement; d'abord épithéliale, elle est ensuite pénétrée par le tissu conjonctif; appendue d'abord à la carotide, elle s'accolle ensuite à la tête du thymus.

On voit que si l'accord est à peu près parfait pour les thyroïdes latérales entre les deux auteurs cités plus haut, il est loin d'être fait pour la glande carotidienne. Etant donné, par ailleurs, le rapport constant de la glande avec la carotide, on ne comprend pas absolument l'évolution de cette glande au niveau d'un épithélium. Si le raisonnement ne vaut rien en présence des faits, on a tout au moins le droit de douter en présence de faits si peu précis et interprétés si différemment suivant deux auteurs aussi compétents.

Au même titre que la glande carotidienne, nous trouvons un ganglion nerveux qui est accolé à la fente ectodermique, face dorsale, c'est le ganglion du pneumogastrique. Quant au nerf lui-même il reste constamment en arrière des formations branchiales.

Les vaisseaux sont placés d'un façon assez constante : l'artère carotide en arrière des formations branchiales, exception faite toutefois au début, pour les thyroïdes latérales. La veine jugulaire est placée toujours sur le côté externe, et le plus souvent en avant des mêmes formations. Ici non plus, nous ne tenons pas compte du rapport transitoire qu'elle affecte avec le thymus au moment où celui-ci pénètre dans le thorax; du reste ce rapport est inconstant, puisque le passage peut se faire aussi bien en avant qu'en arrière de l'anastomose des deux veines cardinales.

Et maintenant, pouvons nous résoudre les questions que nous nous étions posées au début ?

Du fait du développement par la façon dont disparaissent les fentes et arcs branchiaux, il est bien évident qu'une inclusion de cellules embryonnaires est possible et reste possible au cou, jusqu'au moment où les ébauches de tous les organes de la région sont apparues, c'est-à-dire au moment où l'em

bryon atteint la longueur de 26 à 30 millimètres. Mais étant donné le développement énorme des organes de la région par rapport à celui de ses débris embryonnaires qui ne doivent parfois jamais manifester leur présence, il est tout à fait impossible de prévoir les rapports précis qu'ils affecteront avec les tissus adultes. Cependant le sterno cleido mastoïdien paraissant se développer dans la région operculaire de His, et en arrière de cette région, ces cellules seront incluses plutôt profondément et particulièrement au voisinage des vaisseaux et du pharynx.

La nature de ces cellules sera variable, endo ou ectodermique, mais plus souvent ectodermique, puisque ce sont ces cellules ectodermiques qui doivent regresser et disparaître. Le mécanisme de l'inclusion est différent pour les cellules endodermiques, et les amas de ce genre proviendront des pédicules des organes branchiaux, thymus, thyroïdes, latérales, au moment où ces organes se détachent des poches endodermiques.

Il n'y a pas que des épithéliums qui puissent être ainsi enclavés, les fentes branchiales possèdent d'une façon variable quelque peu de mésoderme, qui pour ce qu'il est nul parfois, n'en a pas moins été signalé assez souvent. En plus, les troisième et quatrième arcs ne sont employés qu'en partie et regressent en partie aussi. On conçoit aisément que la regression ne soit pas totale.

Ce sont là des données imprécises assurément, mais telles quelles, elles nous permettront au cours de l'interprétation des observations qui vont suivre, de serrer la vérité de plus près, j'espère.

Nous nous servirons dans ce travail, non seulement des observations publiées depuis 1901, mais aussi de celles parues déjà et citées par Veau, afin d'étayer nos conclusions sur des bases plus solides. Mais étant donné le nombre de ces observations, nous serons obligé de les résumer, quelque fâcheuse que soit cette façon de procéder.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le Dr COURTIN et de son interne M. GUÉRIVE)

Antoine G..., entré le 30 septembre 1907 à l'hôpital pour une tumeur cervicale.

Antécédents héréditaires. — Son père est mort d'un accident de voiture, sa mère mourut il ne sait de quoi à trente-cinq ans. Collatéraux, deux frères et une sœur bien portants.

Antécédents personnels. — Rien dans le bas âge. Le malade a eu une fluxion de poitrine à l'âge de dix ans. Depuis il n'a pas eu d'autres maladies grave. Quelques accidents, coups de bâton, coups de poignard, au dos, à la tête c'est tout, malgré un séjour d'un an en Sibérie et une évasion mouvementée. Pas d'accidents syphilitiques. En somme pas plus pour lui que pour sa famille, on ne trouve de lésion cervicale.

Histoire de la maladie. — Il y a environ trois mois, sans avoir rien eu du côté de la bouche ou de la gorge, le malade perçut 2 ou 3 petites boules roulant sous la peau en arrière de la mâchoire ou plus exactement dans la région sous angule maxillaire gauche. En ce moment il y avait eu un hématome qu'il soignait avec des compresses d'eau blanche.

Ces petites tumeurs n'étaient pas douloureuses mais grossissaient à vue d'œil et le seul trouble fonctionnel existant était la gêne apportée aux

mouvements de la tête. Plus tard, apparurent de légères douleurs irradiées parfois vers l'oreille et des migraines plutôt nocturnes.

Etat actuel.— L'état général est bon malgré le volume atteint par la tumeur. Celle-ci de la grosseur du poing, occupe toute la portion supérieure de la région sterno-mastoïdienne et s'étend en bas jusqu'au niveau du cartilage cricoïde. Elle est ferme avec des bosselures dont les unes très dures les autres nettement fluctuantes. Elle est au-dessous du sterno-mastoïdien qui est envahi, la peau commence à adhérer, toutes choses qui rendent la tumeur à peu près immobile, on peut cependant juger quelle n'adhère pas au sterno-mastoïdiennes.

Pas de phénomènes de compression, sauf une déviation légère de l'appareil trachéal, pas d'autres symptômes fonctionnels que la migraine déjà signalée.

C'est la seule affection que présente ce malade. Par ailleurs ses autres appareils digestifs sont normaux ou à peu près, et fonctionnent normalement.

Le diagnostic par exclusion est celui de branchiome malin et M. le Dr Courtin ne croit pas devoir l'opérer étant donné la nature, l'étendue et l'évolution très maligne de cette tumeur.

L'ulcération ne tarda pas à se produire en effet et à la suite d'hémorragies répétées, le malade succombe en janvier 1908.

L'autopsie permit de constater que le néoplasme était constitué par une série de cavités kystiques et de noyaux cancéreux ayant envahi le peaucier et le sterno-mastoïdien dont quelques fibres persistent à la partie supérieure seulement, le digastrique (ventre postérieur) a de même presque disparu. Le paquet vasculaire et l'hypoglosses ont englobés; seule la jugulaire externe thrombosée est envahie secondairement par la néoplasie. Celle-ci commence également à envahir la corne supérieure du lobe gauche du corps thyroïde, qui présente à ce niveau des vésicules colloïdes beaucoup plus grosses que normalement et 2 ou 3 nodules carcinomateux tout à fait périphériques de la grosseur d'une tête d'épingle; on avait affaire à un cysto-épithéliome.

OBSERVATION II (Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le D^r COURTIN et son interne M. GUÉRIVE)

Jean T..., soixante-neuf ans, entre à l'hôpital le 13 novembre 1906, pour une tumeur siégeant du côté gauche de la région sus-hyoïdienne.

Antécédents héréditaires et personnels. — Rien à signaler ayant un rapport même lointain avec l'affection actuelle.

Histoire de la maladie. — Apparition de la maladie il y a six mois (juin), sous forme d'une petite tumeur du volume d'un petit pois à peu près immobile siégeant dans la région sous hyoïdienne gauche.

La grosseur de cette tumeur va croissant, sans à-coups, sans que son développement inquiète le sujet. Trois mois après apparaissent les douleurs. Peu vives d'abord, elles obligent le malade à cesser son travail à partir du mois d'août. En septembre, apparaît la dysphagie pour les aliments solides, bientôt après la dyspnée survient au moindre effort et la voix modifiée paraît enrouée.

Elat actuel. — Malade au teint cachectique, amaigri, respirant facilement. La respiration devient bruyante dans le sommeil. La douleur intermittente, parfois peu intense, s'exagère en d'autres instants pour devenir comparable à celle résultant d'un arrachement, elle s'irradie vers l'oreille gauche.

Les symptômes fonctionnels que nous venons d'énumérer sont les seuls existants à l'heure actuelle, les troubles de compression vasculaires ont existé plus accusés il y a quelques temps et à cette époque il y avait vraiment une cyanose de la moitié gauche de la face.

Le fonctionnement des divers appareils est à peu près normal. A signaler simplement de la constipation, un peu d'emphysème pulmonaire et enfin les troubles laryngés dont la cause est « une compression recurrentielle gauche par le néoplasme immobilisant la corde vocale gauche, et une immobilisation mécanique de la corde vocale droite » (Moure).

Signes physiques. — A l'inspection, on note une tumeur du volume d'une belle orange siégeant dans la région sous hyoïdienne, dépassant la

ligne médiane d'un centimètre en dedans; en dehors atteignant la verticale abaissée du tragus; en haut arrivant au bord inférieur du maxillaire; en bas plongeant derrière la clavicule et le sternum. La peau est rouge violacée au niveau de la tumeur.

La palpation révèle:

1^o La mobilité de la peau sur la tumeur, la mobilité de celle-ci par le fait des mouvements de déglutition ou par le fait des mouvements imprimés volontairement dans le sens vertical seulement.

2^o La dureté ligneuse homogène sur toute la tumeur malgré les bosselures qui en dénivellent la surface.

A la percussion on constate de la matité au niveau de la tumeur et l'auscultation ne révèle pas de bruits de souffle.

Le diagnostic porté fut celui d'épithélioma branchial, il fut vérifié par l'examen microscopique pratiqué après l'autopsie car la mort est survenue environ deux mois après en dépit du traitement radiothérapique institué dès le 13 novembre, toute opération ayant été jugée inutile au moment de l'entrée du malade dans le service.

OBSERVATION III (Personnelle)

(Due à l'obligeance de M. le professeur DEMONS)

Gabriel L..., cinquante-un ans, tonnelier, entre le 7 avril 1904 dans le service de M. le professeur Demons pour une tumeur de la région sterno-mastôidienne droite.

Antécédents héréditaires. — Père et sœur morts de paralysies, rien autre à signaler.

Antécédents personnels. — Broncho-pneumonie à dix-sept ans, syphilis à vingt-trois ans. Traitement purement local, pas de mercure ni d'iode.

Histoire de la maladie. — Il y a trois mois, le coiffeur lui signale une grosseur du volume d'une noisette sur le côté du cou, au-dessous de l'angle de la mâchoire.

Le malade assiste dès lors, à l'évolution absolument indolore de sa

tumeur qui atteint en deux mois, le volume d'une grosse pomme. Pas de retentissement général, pas d'adénite.

Trois mois après s'être aperçu de sa tumeur, le malade rentre à Tasset, où il subit un traitement anti-syphilitique en vue d'une gomme possible.

Etat actuel. — La tumeur est orientée dans le sens du sterno-mastoïdien et semble sous-jacente au muscle qui la bride, elle a le volume d'un gros œuf de poule, longueur 9 centimètres, largeur 7 centimètres 1/2, arrondie, bosselée, très dure, très peu mobile, la palpation est légèrement douloureuse.

Pas de ganglions.

Pas de symptômes fonctionnels.

Opération. — Extirpation pratiquée par M. le professeur Demons, est très difficile. Il faut sectionner le sterno mastoïdien et le réséquer sur une longueur de 6 centimètres. La tumeur devient plus accessible. Fixée dans la profondeur, elle est adjacente au paquet vasculo nerveux que l'on cotoie pendant l'opération. La jugulaire interne seule passe dans la tumeur et est réséquée.

Suites immédiates bonnes, mouvements du cou non modifiés.

Récidive le 4 juillet 1904, paraît être superficielle.

Opération le 14 juillet 1904, la tumeur adhère aux plans sous-jacents, dans la zone des vaisseaux du cou.

L'extirpation nécessite la ligature de la carotide et ne peut être terminée qu'à la curette. La propagation de la tumeur est telle, que l'extirpation totale est d'ailleurs impossible. L'anesthésie est du reste très difficile et coupée d'arrêts respiratoires inquiétants.

Le malade meurt chez lui, deux mois après environ, de cachexie.

Diagnostic histologique. — Epithélioma branchial.

OBSERVATION IV

(J.-L. FAURE, *Revue Chirurgie*, juillet, 1903)

Homme adulte, porteur dans la région latérale droite du cou, d'une tumeur provoquant des crachements de sang. Début dans la

région sous-maxillaire à une date qu'on ne peut préciser, mais assez éloignée.

Actuellement, la tumeur qui occupe toute la région latérale droite du cou, a ulcéré le pharynx, causant des crachements de sang.

Malade inopérable, meurt trois mois après, par ulcération de la thyroïdienne inférieure.

L'autopsie montre une tumeur réduite à une sorte de paroi charnue adhérente d'une part aux gros vaisseaux et d'autre part à la trachée.

Diagnostic histologique. — Epithélioma branchial (Veau).

OBSERVATION V

(TUFFIER, *Revue Chirurgie*, 1905)

Tuffier, opéra une femme pour une tumeur cervicale peu développée, mais à allure maligne. L'extirpation se fit sans difficulté et ne nécessita pas de gros sacrifices pour les troncs vasculaires ou nerveux.

La guérison ne fut pas durable, et trois mois après, il observait une récurrence sur place et sur la ligne médiane.

L'autopsie permet de constater l'existence d'un ganglion préaortien.

Diagnostic. — Branchiome malin, de nature épithéliale.

OBSERVATION VI

(BARYON, *Bulletin de la Société des sciences médicales*,
Lyon, 22 novembre, 1905)

Homme d'une quarantaine d'années, porteur dans la région sous-maxillaire gauche, d'une tumeur qui s'est accrue rapidement depuis cinq mois. A cette date on avait proposé l'extirpation, portant le diagnostic de branchiome malin.

A l'heure actuelle, la tumeur est inopérable.

Emploi des rayons X, après 8 séances. La tumeur s'est ulcérée, mais les bourgeons superficiels sont rapidement améliorés, malheureusement le mal gagne en profondeur. Au bout de 8 séances, on est obligé de cesser la radiothérapie sur la plaie pour l'employer au niveau d'un ganglion sus-claviculaire ; 2^e diversion pour un ganglion sous-axillaire ; 3^e diversion pour un ganglion du côté droit du cou. Les bourgeons de la tumeur ulcérée ont repris leur aspect primitif. M. Bayon se propose de recommencer le traitement à ce niveau, après l'arrêt du développement des néoplasies ganglionnaires. Suites inconnues.

OBSERVATION VII

(LEPOUTRE, *Société anatomo clinique de Lille*, 1905)

Homme, cinquante-six ans, admis dans le service de M. le professeur Duret, avec le diagnostic de tumeur maligne de la région sous-maxillaire avec propagation à la machoire inférieure.

Début il y a quatre mois, au niveau de l'angle de la machoire droite.

Etat actuel. — Volume d'un œuf de poule, tumeur proéminent plutôt vers le cou que vers le plancher buccal. Elle adhère à la fois à l'os et à la peau. Celle-ci était ulcérée, mais la muqueuse buccale est intacte, pas de ganglions autour de la tumeur ni dans la région carotidienne.

Le 11 avril, l'opération nécessite l'hémi-résection de la machoire inférieure.

Le malade succombe sept jours après, à une broncho-pneumonie des deux bases.

L'examen histologique montre qu'il s'agissait d'une tumeur d'origine épidermique, d'un épithélioma pavimenteux lobulé, primitivement développé dans la profondeur de la région sous-maxillaire ; le diagnostic d'épithélioma branchial s'impose donc ⁽¹⁾.

(1) M. Duret, en a personnellement observé plusieurs dans son service.

OBSERVATION VIII

(P. DELBET, 1904, *Revue de Chirurgie*, 1905)

Femme, quarante-quatre ans, début il y a quatorze ans par une petite boule dans la région sous-angulo-maxillaire.

Evolution bénigne jusqu'à ces temps derniers, où la tumeur a subitement augmenté de volume, au moment de la ménopause.

L'opération montre la tumeur passant sous le sterno-mastoïdien; adhérente au sterno-hyoïdien, à la parotide, à la jugulaire interne. Opérée le 28 juillet 1904.

Guérison per primam. Suites éloignées manquent.

A la coupe, la tumeur est parsemée de petites perles; l'examen histologique montre que l'on a affaire à un épithélioma cylindrique, à type carcinomateux.

La récidive est très probable, mais on n'a pu se procurer des nouvelles de la malade qui n'habite plus la France (Delbet).

OBSERVATION IX (Personnelle)

(Malade présentée à la Société d'anatomie de Bordeaux, mars 1908.)

Branchiome bénin en voie de transformation.

E. D..., femme de cinquante-trois ans, porte dans la région sterno-mastoïdienne droite une tumeur du volume d'une mandarine. Nous ne retrouvons rien dans ses antécédents héréditaires se rattachant à son affection actuelle. Dans ses antécédents personnels peu de chose, quelques rhumes et c'est tout.

Histoire de la maladie. — Il y a treize ans que la malade remarqua, pour la première fois, la présence d'une tumeur du volume d'un pois siégeant à un centimètre environ au-dessous de l'angle maxillaire droit. Cette constatation fut faite à la suite d'une angine légère. Depuis, cette tumeur a évolué lentement sans symptômes fonctionnels appréciables, ne causant même pas de douleur. La tumeur était mobile sur les plans sous-jacents. Voulant par raison de coquetterie faire disparaître ce « ganglion » la malade consulte un pharmacien qui lui ordonne une pommade jaune. L'emploi ne fut pas heureux, la tumeur subit aussitôt après une poussée et son volume doubla. Le médecin consulté essaye à son tour d'une pommade blanche et le résultat est identique, savoir nouvel accroissement de volume. Il y a environ deux ans de cela et depuis la tumeur n'a pas retrocédé mais n'a pas sensiblement grossi.

Elle est à l'heure actuelle du volume d'une mandarine régulièrement arrondie présentant seulement une bosselure ; elle siége en arrière et au-dessous de l'angle sous-maxillaire refoulant un peu le sterno-mastoïdien qui la bride un peu ; elle descend en bas jusqu'au niveau du cartilage thyroïde, en avant elle atteint la ligne médiane sans la dépasser.

Uniformément dure elle donne à la palpation l'impression d'une tumeur fibreuse. La peau n'est pas adhérente et n'a pas subi de modifications. La tumeur est immobile pendant les mouvements de déglutition et peu mobile sur les plans sous-jacents. La parotide et la sous-maxillaire paraissent indépendantes.

Depuis trois mois environ on note la présence d'une petite tumeur du volume d'une bille à jouer sur le côté gauche du cou. Pas de ganglions par ailleurs.

La percussion de la tumeur indique la matité, pas de souffle à l'auscultation.

L'état général est resté très bon jusqu'à ces temps derniers, depuis un mois environ la malade prend un teint jaune et maigrit.

Les symptômes fonctionnels ont apparu il y a trois mois, ils se sont manifestés uniquement par des troubles d'anémie cérébrale produisant des syncopes de plus en plus fréquentes. En dehors de ces phénomènes de compression vasculaire, pas d'autres troubles, et en particulier pas de douleur ou presque.

Etant donné l'absence de toute lésion appréciable tuberculeuse ou au-

tre, le développement et le siège de la tumeur, et bien que l'examen histologique fasse défaut, nous avons fait le diagnostic de branchiome bénin en voie de transformation maligne. Ce diagnostic, fait il y a un mois et demi, paraît en tout point se justifier car les dernières nouvelles reçues de la malade nous signalent un état général de plus en plus défectueux et la malade paraît se cachectiser.

OBSERVATION X.

(LECÈNE. Bulletin et mémoire de la Société anatomique de Paris, octobre 1905, p. 746.)

Femme, cinquante-sept ans. Tumeur, volume d'une noix, apparue il y a deux mois, région carotidienne gauche.

Gène, mais pas de douleur. Volume actuel : tumeur grosse comme le poing, ovoïde, grand axe suivant la direction des vaisseaux. Adhérence au sterno. Peau normale. Pas de symptômes fonctionnels.

Opération. — Nécessite l'ablation du paquet vasculo-nerveux entier ; veine, nerfs, pneumo-gastrique, artère carotide, mort six jours après par ramollissement cérébral.

Sarcome. Cellules rondes, point de départ dans la gaine conjonctive des vaisseaux.

OBSERVATION XI.

(Lœvy LÆPER. Bulletin et mémoire, Société anatomique. Paris, 1899, p. 1104.)

Femme, trente-cinq ans. Tumeur côté droit du cou, début six mois, région sus-claviculaire droite. Douleurs de tête, surtout la nuit. Troubles de compression du larynx.

Opération. — Tumeur fibreuse non encapsulée, s'étend en haut à la base du crâne, en bas à la clavicule, et plonge dans le médiastin, en avant à la trachée, en arrière aux vertèbres,

Dissection des carotides : interne, externe. primitive.

Pas de jugulaire. Pas de pneumo-gastrique.

On aperçoit à un centimètre de la clavicule une petite fente qui est peut être la jugulaire interne,

Accidents graves d'ordre nerveux, on termine. Guérison.

Tumeur histologiquement bénigne, cliniquement maligne; récidence probable.

OBSERVATION XII

(LE DENTU, 1904, *Revue de chirurgie.*)

Branchiome bénin.

Le 9 novembre 1904, entre dans le service une femme de cinquante-neuf ans portant dans la région sub-maxillaire droite une tumeur ovoïde de la grosseur d'une noix, mobile quoique adhérente aux plans profonds. La peau et les tissus autour de la tumeur sont intacts, pas d'induration, pas de tension dans la tumeur, pas de ganglions autour d'elle. État général de bonne santé.

Diagnostic. — Néoplasme bénin.

Opération facile. — Tumeur non adhérente refoulait la sous-maxillaire sans y adhérer.

Examen histologique. — Myxochondrome à cellules ramifiées (A. Petit).

Guérison se maintenant un an après.

OBSERVATION XIII

(FAURE, *Revue de chirurgie*, 1903.)

Branchiome bénin.

Opère un homme porteur, dans la région sous-maxillaire droite, d'une tumeur du volume d'une tête fœtale. La tumeur était dure d'une façon régulière et on notait à sa surface la présence de nombreuses irrégularités lui donnant un aspect bosselé. Elle est du reste gênante simplement par son volume et sa mobilité. Peau non adhérente.

L'opération se fait sans difficulté et est suivie de guérison. On avait affaire à une tumeur branchiale bénigne.

Le malade reste guéri cinq ans après l'opération.

OBSERVATION XIV

(HUÉ, Société de médecine de Rouen, 1907.)

Branchiome bénin.

Enfant de huit ans, porteur dans la région cervicale d'une tumeur du volume d'une grosse orange.

La tumeur est placée dans la partie inférieure de la région sterno-mastoïdienne et sous ce muscle. La consistance en est ferme, la mobilité nette, elle ne paraît pas adhérente au paquet vasculo-nerveux.

Opération. — Tumeur encapsulée située en dehors du paquet vasculo-nerveux présentant quelques connexions avec la gaine des vaisseaux.

Guérison.

L'examen histologique montre que l'on a affaire à une tumeur rappelant l'aspect du fibrosarcome mais on ne trouve pas de cellules sarcomeuses. C'est en tous cas un branchiome bénin.

OBSERVATION XV

(DE QUERVAIN, *Archive füs klin. chirurg.*, 1899, t. LVII, f. 1, p. 1.)

Homme, trente ans, remarque, en 1891, une tumeur grosse comme une noisette à la partie supérieure latérale du larynx.

En 1896, la tumeur a le volume d'un œuf. Douloreuse, suit les mouvements du larynx.

Indépendance de la sous-maxillaire.

Pas de ganglions, peau normale.

Extirpation, pédicule reliant l'os hyoïde à la tumeur.

Guérison : fibrome à dégénérescence sarcomateuse.

OBSERVATION XVI

(FREEMAN, *Brit journ. med.*, London, 1884, I, p. 1083.)

Homme. Tumeur du volume d'un œuf. Siège au triangle antérieur du cou au niveau de l'os hyoïde. Suit les mouvements du larynx. Pas de troubles particuliers.

Extirpation. Tumeur d'apparence fibreuse.

Récidive douze mois après par tumeur dure, mobile, s'étendant en haut jusqu'à la mastoïde. Pas d'adénopathie ni de douleurs.

Extirpation. Adhérence au maxillaire inférieur légère.

Fibrome avec zones ramollies.

Examen histologique. — Fibro-myxo-sarcome.

Guérison.

OBSERVATION XVII

(BUTCHER, Dublin, *Journal of medic.*, 1877, t. LXIII, p. 417.)

Femme, quarante-neuf ans, début à dix-sept ans, tumeur à l'angle inférieur du maxillaire gauche.

La tumeur s'étend jusqu'à la clavicule. Consistance élastique, par endroits très dure. Mobilité accentuée malgré connexions profondes.

Simple troubles liés au développement de la tumeur.

Opération. — Trois prolongements dont un passe entre les deux carotides au point de bifurcation.

Examen histologique. — Fibrome avec dépôt graisseux. Guérison.

OBSERVATION XVIII (LANGENBECK, 1861).

Tumeur développée du côté droit du cou, sur un homme de cinquante-huit ans. Début deux ans auparavant par des tumeurs multiples, isolées, mobiles, plus tard confluentes et immobiles; douleurs vives dans la région temporale, cachexie, atrophie de la langue du côté correspondant, se dévie à droite quand le malade la tend.

Tumeur du volume d'une tête d'enfant, étendue de l'angle du maxillaire, à deux travers de doigts au-dessus de la clavicule, touche le larynx sans le dévier, arrondie, irrégulière, dure, adhérente. Développement des veines de la face et du cou, sensible à la pression. Douleurs lancinantes surtout la nuit. Insomnie.

Opération. — La tumeur est trouvée adhérente aux vaisseaux profonds, particulièrement à la veine, l'extrémité supérieure de la tumeur atteignait presque la base du crâne. Les nerfs pneumo-gastrique et phrénique, touchent la tumeur sans adhérer.

L'ablation nécessite la ligature et la section de la veine, de la carotide

interne, de la carotide externe, de la thyroïdienne inférieure, et une double ligature sur la carotide primitive lésée.

Mort douze jours après d'infection.

Examen de la tumeur. — A la section, bouillie épithéliale blanc jaunâtre, la veine a complètement disparu dans les tumeurs, l'artère est perméable.

OBSERVATION XIX (LANGERBECK, 1861).

Tumeur du côté gauche du cou chez un homme de soixante-cinq ans. Deux ans et demi avant, ulcération légère de l'amygdale, guérie spontanément. Un an après, douleurs violentes à la nuque, guérissent de même. Il y a cinq mois, tuméfaction légère du cou à gauche. Tumeur du volume du poing, située dans le triangle supérieur du cou, bridée par le sterno, adhérente. État général très bon, douleurs intermittentes, pas d'autres troubles ; la carotide est comprimée.

En isolant la tumeur en bas, on ouvre une cavité, d'où s'écoule une bouillie. Résection du sterno de la jugulaire interne de la carotide, adhérence à l'aponévrose prévertbrale, pneumogastrique aplati. Mort quarante-huit heures après collapsus.

La tumeur est un carcinome.

OBSERVATION XX (René BLACHE, 1865).

Femme de cinquante-deux ans. Tumeur à la partie supérieure de la région cervicale, à gauche de la ligne médiane du volume d'une châtaigne, présente à sa partie centrale de petites nodosités. A débuté il y a douze ans, sous forme d'un très petit pois indolent.

Ablation.

Examen histologique. — Grand cylindre plein anastomosé et terminé en cul-de-sac rempli de cellules pavimenteuses polyédriques, globes épidermiques, pas de parois propres. Cornil qui a examiné cette tumeur

n'a pu la rattacher ni aux glandes sébacées, ni aux glandes indosipares de la région.

OBSERVATION XXI (Stoïcesco).

Homme, cinquante-neuf ans. Les signes fonctionnels, raucité de la voix, difficulté de la déglutition, dysphagie précèdent l'apparition de la tumeur au-dessous de la machoire. Mort dans un accès de suffocation, après une durée de huit mois.

Examen de la tumeur. — Carcinome ganglionnaire ayant envahi le larynx secondairement. (Charcot).

OBSERVATION XXII (KALINDERO, 1865).

Homme de quarante-huit ans. Tumeur, débute il y a trois mois par une petite glande siégeant en avant du bord antérieur du sterno-mastoïdien droit, roulant sous le doigt, pris pour adénite, s'enflamme. Incision donne du sang, du pus, de la matière granuleuse. La tumeur s'accroît à 12 centimètres, occupe toute la région latérale du cou et la région susclaviculaire, repousse la trachée, tombe dans le pharynx. Mort par ulcération de la carotide.

Examen de la tumeur (Cornil). — Epithélioma ramolli, cellules pavimenteuses assez grandes, beaucoup sont cornées comme celles de l'épiderme. Globes épidermiques. Impossible de préciser l'origine de la tumeur.

OBSERVATION XXIII (HAYEM, 1865).

Homme, cinquante-cinq ans. Hémiplégique avec attaques convulsives, asphyxie, nécessite une trachéotomie. Mort sans avoir présenté de tumeur appréciable.

Autopsie. — Sur la partie latérale de la trachée, à un centimètre au-dessous du lobe gauche du corps thyroïde, tumeur dure mamelonnée de la grosseur d'un œuf, haute de 4 centimètres 1/2, épaisse de 4 centimètres ; a comprimé la trachée sans diminuer son volume, pas d'œdème de la glotte. Rapport important avec le récurrent qui traverse la tumeur et ne peut être disséqué du milieu d'elle. La tumeur a une enveloppe lisse fibreuse.

Examen histologique. — Cellules disposées en cul-de-sac dans les couches superficielles, cellules épithéliales polydriques. Cancer épithélial développé primitivement dans un ganglion lymphatique, deux autres ganglions envahis consécutivement.

OBSERVATION XXIV (RENDU, 1869).

Homme, cinquante-cinq ans. Début il y a trois mois, au-dessus de la clavicule droite. La tumeur a le volume d'un gros œuf de poule, phénomènes de compression du membre. gonflement du cou et de la face, dilatation des veines superficielles, tumeur plus petite du côté droit du cou, l'œdème existant augmente, dysphagie, dyspnée. Mort subite.

Autopsie. — Pleurésie à droite, la tumeur s'étendait dans le médiastin, comprimant le récurrent.

Examen histologique (Cornil). — Cancroïde lobulé à cellules pavimenteuses.

OBSERVATION XXV (BOURDON, 1872).

Homme, quarante-cinq ans. Début il y a quatre mois, par tumeur sous l'angle de la mâchoire gauche. Elle a le volume du poing, s'étend en haut vers la parotide, en dedans jusqu'au larynx, en bas jusqu'à la partie moyenne du cou, recouverte par le sterno, indolente, immobile pendant la déglutition.

Ponction. — Issue de 100 grammes de liquide rougeâtre analogue à celui de l'hématocèle ; ouverture à la pâte de Vienne.

Le doigt introduit dans la cavité, sent des parois dures, épaisses ; sept jours après, mort par hémorragie.

Autopsie. — Les parois sont épaisses d'un demi centimètre, noires ; la cavité répond en haut et en dedans à la sous-maxillaire saine, en arrière à la parotide isolable. Profondément, la tumeur est formée par une série de grains dont l'un adhère intimement à la jugulaire un autre à la carotide primitive mais peut en être séparé. Perforation de la carotide à 2 centimètres de son origine. La veine est obstruée par un caillot au niveau de la tumeur et se confond avec elle.

Examen microscopique (Legros). — La tumeur est formée de cul-de-sac, glandulaires volumineux ; pas de trace de tissu lymphatique.

OBSERVATION XXVI (BOURDON, 1872).

Homme, trente-neuf ans. Début il y a six ans au niveau de la sous-maxillaire gauche, petite tumeur comme un pois, dure, mobile. La tumeur a le volume du poing, n'atteint pas la ligne médiane, déborde l'angle de la mâchoire, s'étend jusqu'au milieu du cou, bridée par le sterno ; non fluctuante, non adhérente à la peau, pas de ganglions.

Extirpation (Verneuil). — On déchire deux petites veines près de l'embouchure de la jugulaire ; ligature de la veine, la carotide est dénudée.

Examen histologique (Rauvier). — Carcinome primitif des ganglions offrant des alvéoles remplies de cellules cancéreuses, aucune trace de tissu ganglionnaire.

Double récidence (Humbert, 1878).

Récidence un an plus tard en avant de la ligne de suture ; pas de symptômes fonctionnels.

Nouvelle opération (Verneuil). — Récidence un mois après sous le menton ; tumeur comme une petite bille, puis seconde tumeur en arrière. Ablation des deux ganglions : l'un a le volume d'une grosse noix, l'autre plus petit.

Examen physiologique (Chambard et Malassez). — Structure du ganglion disparue, travées conjonctives limitant des alvéoles remplies de cellules myxo-carcinome.

OBSERVATION XXVII (NICAISE, 1878).

Homme, cinquante-huit ans. Début il y a quatre ans à la partie inférieure de la région sterno-mastoïdienne petite tumeur mobile sous la peau; adenophlegmon, incision. Trois mois après, la tumeur persiste, masse ganglionnaire avec bourgeon fongueux exubérant, peau décollée, amincie, ulcérée. Mort d'infection purulente.

Examen histologique. — Stroma fibreux, riche en éléments sarcomateux avec amas de cellules à forme variée; globes épidermiques, pas traces de tissus ganglionnaires.

OBSERVATION XXVIII (VERNEUIL, 1873, JOULIARD, 1888)

Homme de quarante-quatre ans. Début il y a sept mois, tumeur sous l'angle de la mâchoire adhérente douloureuse.

Extirpation de la tumeur et résection du maxillaire dans la partie envahie. Mort d'infection purulente vingt-un jours après.

Autopsie. — Phlébite suppurée de la jugulaire.

Tumeur formée de cellules épithéliales pavimenteuses ayant envahi le maxillaire, la glande et les ganglions sous-maxillaires.

OBSERVATIONS XXIX, XXX, XXXI (VOLKMANN, 1882)

Homme de quarante à cinquante ans. La tumeur siège deux fois à gauche, une fois à droite, volume variant d'une grosse prune à une tête d'enfant. Consistance dure, molle dans un cas où elle avait la consistance fongueuse que l'on retrouve si souvent dans les tumeurs de l'angle de la mâchoire, de la parotide, des lèvres. Elle formait un sac qui comprenait le larynx et les gros vaisseaux, atteignait la base du crâne

et avait fini par occasionner des troubles de la respiration et des douleurs par étranglement. Mais même à ce stade avancé la peau était absolument indemne et il en était de même de la muqueuse du pharynx. L'extirpation fut impossible, Volkman fendit la tumeur et en évacua le contenu en extirpant la paroi antérieure. Au début, résultat excellent, dyspnée moindre, mais le malade meurt par ulcération de la carotide.

Dans les deux autres cas, on peut pratiquer l'extirpation, la tumeur était placée entre le larynx et l'os hyoïde d'une part et les gros vaisseaux d'autre part, elle remontait en haut jusqu'à l'apophyse styloïde.

Dans les deux cas, l'opération fut difficile, hasardeuse, la tumeur présentant autour d'elle une enveloppe scléreuse de tissu conjonctif extrêmement dense, la jugulaire interne fut intéressée et la carotide dut être liée une fois. Aucune connexion avec le pharynx ou la glande sous maxillaire.

Structure. — La surface de section ressemble au squirrhe et laisse voir l'aspect d'un fin reticulum. On pouvait voir à l'œil nu la structure alvéolaire. Dans les trois cas, existence d'épithélioma tubulé. Le stroma très dense renfermait un grand nombre de cellules embryonnaires.

OBSERVATION XXXII (TREIBERG, 1883)

Homme, cinquante ans. Début il y a deux mois par une tumeur sur la moitié gauche du cou et douleur extrêmement vive du membre supérieur. La tumeur siège au-dessus de la clavicule gauche et emplit le creux sus-claviculaire; limite peu nette s'enfonce dans le médiastin, refoule le larynx, s'arrête à deux travers de doigt sous l'angle de la mâchoire, les veines sont dilatées, tumeur dure, deux points fluctuants.

Opération. — Ablation difficile et incomplète malgré le sacrifice des carotides, veines jugulaire interne et sous clavière, trapèze et sterno dans leur plus grande partie, le pneumogastrique est réséqué. Récidive, trois semaines après mort.

Examen histologique. — Cancer épithelial.

OBSERVATION XXXIII (BRUNS, 1885)

Homme, cinquante-sept ans. Début, il y a six mois dans la région sous-maxillaire droite, une ponction donne issue à du pus avec masses granuleuses. La tumeur s'étend depuis le bord du maxillaire jusqu'à l'os hyoïde; dépasse la ligne médiane et atteint le bord postérieur du sterno-cleïdo-mastoïdien; peau mobile et intacte; fistule à la partie supérieure, pas de symptômes fonctionnels, douleur légère dans la tumeur.

Opération. — Tentative d'extirpation; un doigt, introduit dans la cavité, montre une paroi extraordinairement dure avec des bourgeons sur la face postérieure, on sentait l'os hyoïde dans la cavité. En raison des adhérences et de l'extension, l'extirpation est impossible.

Examen histologique. — Epithélioma à plusieurs couches de cellules pavimenteuses, nombreux, globes épidermiques, stroma envahi par les cellules épithéliales.

OBSERVATION XXXIV. (CARL REGNAULT, 1887)

Homme, quarante-huit ans. Début il y a trois mois. Tumeur allongée au niveau de la carotide droite, d'abord dure, devient fluctuante, douleur peu considérable. Incision, écoulement de sang. Tumeur du volume du poing, peau adhérente par place, orifice fistuleux par où s'écoule un liquide purulent renfermant de grosses cellules épithéliales pas de ganglions.

Opération. — Exploiration, tamponnement.
Structure alvéolaire avec globes épidermiques.

OBSERVATION XXXV. (QUARRY SYLCOCK, 1898)

Homme, cinquante-deux ans. Début il y a trois mois dans la région carotidienne. Petite tumeur douloureuse, cachexie rapide, incision. Inopé-

nable, mort. Cavité kystique à parois à cellules épithéliales à type écailleux, ganglions lymphatiques de voisinage emflammés.

OBSERVATION XXXVI. (QUARRY SYLCOCK, 1887)

Homme, cinquante-six ans. Tumeur partiellement kystique siégeant sur le côté droit du cou, développée en cinq mois, cachexie. Incision, il s'écoule du pus. Le kyste est tapissé de granulations papillaires dont l'examen après la mort indiqua la même structure que dans le cas précédent.

OBSERVATION XXXVII. (QUARRY SYLCOCK, 1887)

Homme, soixante-quatre ans. Tumeur volumineuse située sous le sterno-mastoïdien, étendue de la machoire à la clavicule. En avant atteignant la ligne médiane, en arrière l'apophyse mastoïde.

Ponction, liquide épais, jaune, en grumeaux contenant de grandes cellules épithéliales.

OBSERVATION XXXVIII. (HENRI RICHARD, 1888)

Homme, soixante-deux ans. Début il y a cinq mois. Tumeur du volume d'un pois, mobile, située en arrière de l'angle de la machoire. Accroissement rapide, douleurs dans la région occipitale.

Tumeur du volume de deux poings, dure en arrière, fluctuante en avant, peau non adhérente. En haut elle déborde le maxillaire inférieur sans lui adhérer et s'étend jusqu'au lobule de l'oreille, en arrière jusqu'à la nuque, en bas jusqu'à la clavicule, en avant jusqu'à la ligne médiane. Ponction donne liquide trouble contenant des cellules épithéliales.

Extirpation partielle, os hyoïde très adhérent. Résultat immédiat excellent.

Examen. — Structure d'un cancer de la peau, nombreux globes épidermiques. Infiltration hémorragique diffuse, infiltration des cellules épithéliales dans le stroma. Éléments embryonnaires.

OBSERVATION XXXIX. (Henri RICHARD, 1888)

Homme, quarante-trois ans. Début il y a deux ans par le gonflement d'une petite tumeur congénitale. Violentes douleurs. L'incision donna une grande quantité de pus. Accroissement lent. Sur le côté droit du cou, tumeur dure, mobile, inégale. Elle commence directement au-dessous de l'oreille, s'étend le long du maxillaire et va jusque au-delà de la ligne médiane. Tumeur indépendante du maxillaire inférieur et de la mastoïde. Pus abondant, deux orifices fistuleux, on diagnostique : kyste branchial dégénéré en cancer.

Opération. — Ablation avec resection du sterno-mastoïdien et de la jugulaire interne adhérente. Mort quelques mois après bien que l'extirpation fut complète.

Examen histologique. — Cancer avec stroma très riche en cellules et globes épidermiques, trainées de cellules fusiformes.

Éléments embryonnaires.

OBSERVATION XL (JADYNSKI, 1888)

Homme, soixante-dix ans. Début il y a quatre mois. Petite tumeur non douloureuse sous l'angle du maxillaire, sous le bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien, névralgie du côté droit de la tête très intense, gêne à la déglutition depuis 15 jours.

Rien du côté de la bouche et du pharynx. Légère cachexie, teinte violacée du côté droit du cou. Tumeur de la grosseur d'un petit poing, sous-jacente au sterno-mastoïdien auquel elle n'adhère pas ; pas de modifications de la peau, consistance très dure, cartilagineuse ; surface inégale couverte de varicosités. Peu mobile par sa base, elle s'enfonce

vers la colonne cervicale. En touchant la tumeur, on sent des battements, mais à l'auscultation on n'entend rien. Pas d'adhérences, soit au larynx, à la trachée ou à l'os hyoïde. Les pupilles sont égales, les douleurs font accepter une opération.

Opération. — Nécessite la résection de la jugulaire interne et de la carotide primitive, sur une longueur de 6 centimètres. Après l'extirpation il reste une cavité où l'on pouvait voir en arrière le nerf vague et la colonne vertébrale, en dedans, la paroi du pharynx, le larynx, l'os hyoïde, en haut, le maxillaire inférieur et le grand hypoglosse, la glande sous-maxillaire, le lingual. La carotide interne et externe liées. Amélioration considérable.

Examen., — Tumeur formée de plusieurs foyers, comme un cancer des ganglions lymphatiques. Tissu conjonctif souvent abondant, même à l'intérieur, tissu muqueux prépondérant. Cellules épidermiques et globes épidermiques d'aspect analogue à celui des cancers de la peau.

OBSERVATION XLI (REVERDIN ET MAYOR, 1888)

Homme, soixante ans. Début il y a trois ans ; tumeur dure sur le bord du maxillaire inférieur gauche dans la région sous-maxillaire. Il y a 3 mois, évolution rapide, douloureuse, douleurs irradiées à la tempe gauche. Actuellement, tumeur dure à la périphérie fluctuante, au centre immobile. Petits ganglions accolés à la partie postérieure. Incision exploratrice, liquide séro-sanguinolent rempli de petits flocons formés de cellules plates, épidermiques et d'une quantité innombrable de gros globes épidermiques.

Opération. — Le ventre postérieur du digastrique est envahi, résection sur 2 centimètres du bord inférieur du maxillaire, pas d'adhérence au plancher de la bouche. Récidive avant la cicatrisation, mort 3 mois après.

Examen histologique. — Kyste à revêtement épithélial discontinu. Entre les mamelons, traînées d'épithélium pavimenteux stratifié ; la glande sous-maxillaire était saine.

OBSERVATION XLII (EIGENBRODT, 1894)

(Congrès de Chirurgie allemande)

Homme de soixante-quatre ans, opéré il y a deux ans, d'une tumeur du côté gauche du cou. On réséqua la jugulaire et la carotide, le pneumogastrique. A la suite, il y eût parésie d'une corde vocale et accélération du pouls durant 14 jours ; c'était, d'après l'examen, un carcinome branchiogène, au sens de Volkmann. Pas de récurrence ; deux ans après cicatrice profonde, il y a un point au niveau du cartilage thyroïde où la pression détermine la toux.

OBSERVATION XLIII (GUSSENBAUER, 1892)

Homme, soixante ans. Début il y a neuf mois ; sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien, à l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen, tumeur petite à accroissement rapide, depuis trois semaines. Depuis 15 jours, tumeur plus dure, noueuse au dessus de la tumeur primitive et grosse comme un œuf de pigeon, adhérente au sterno-mastoïdien, mobile, profondément indépendante de la peau. Développement des veines sous-cutanées ; léger goitre, prolongement supérieur vers la parotide.

Opération. — Résection du sterno-mastoïdien dans la partie envahie. Extirpation des deux prolongements, l'un vers la parotide, l'autre sous le digastrique ; petits ganglions, la veine peut-être disséquée malgré ses adhérences, carotide et pneumogastrique sont indépendants.

Récurrence peu après, suffocation, asphyxie, trachéotomie. Récurrence dans la cicatrice. Mort 2 mois et demi après l'opération.

Examen histologique. — Epithélioma pavimenteux avec cellules cornées, même aspect dans les ganglions lymphatiques.

OBSERVATION XLIV (GUSSENBAUER, 1892)

Homme, quarante-quatre ans. Début il y a cinq mois; dans le triangle supérieur droit du cou, petite tumeur comme une noisette, maintenant comme un œuf de poule, à développement d'abord lent, maintenant plus rapide, peau normale, mobile, adhérences profondes, prolongements vers le larynx.

Opération. — Ablation du sterno mastoïdien envahi, de la jugulaire interne, de la carotide interne, le vague est disséqué. Alertes circulatoires. Quelques petits ganglions.

Examen histologique. — Cancer à épithélium pavimenteux stratifié, globes perlés, du genre du cancer de la peau.

OBSERVATION XLV (GUSSENBAUER, 1892)

Homme, cinquante-trois ans. Depuis vingt ans douleurs dans l'oreille et écoulement. Il y a 3 mois, l'écoulement se tarit avec douleur. A ce moment le malade remarque sur la branche horizontale du maxillaire inférieur une tumeur qui s'accrût vite, douleur empêchant le sommeil; la moitié gauche de la langue est moins développée que la droite.

Au milieu de la région latérale du cou, tumeur du volume d'une pomme, suit les mouvements du cartilage thyroïde auquel il adhère presque, étendue du trapèze à la trachée et à la clavicule adhère au sterno-mastoïdien.

Diagnostic d'épithélioma branchial après avoir pensé : 1^o à un cancer ganglionnaire secondaire; 2^o à un cancer de l'oreille; 3^o à un cancer d'une thyroïde aberrante.

Opération. — Grand hypoglosse, artère carotide, veine jugulaire, artère et veine thyroïdienne, sont reséqués, dissociation des fibres du pneumogastrique. Ablation des ganglions au contact du plexus branchial.

Mort par thrombose de la carotide interne gauche. Cancer secondaire du poumon droit.

Examen histologique. — Cancer glandulaire très dur avec nécrose (Chiari).

OBSERVATION XLVI (GUSSENBAUER, 1892)

Homme, quarante-sept ans. Début il y a quatre mois, accroissement d'abord lent, puis très rapide. Céphalalgie nocturne, volume d'une tête d'enfant, s'isolant de la parotide et du maxillaire, immobilité relative.

Opération. — Resection du sterno-cleido-mastoïdien, de la jugulaire, du pneumogastrique, ligature de la carotide externe. Extirpation d'un ganglion de la fosse sus-claviculaire et d'un prolongement vers le pharynx.

Examen histologique. — Carcinome avec stroma abondant, dur, rempli de cellules épithéliales polymorphes.

OBSERVATION XLVII (GUSSENBAUER, 1892)

Homme, cinquante-cinq ans. Tumeur sous la peau du côté gauche de la nuque, ayant débuté il y a six mois, violentes douleurs irradiées au bras. Cachexie.

Tumeur étendue de la clavicule à l'apophyse mastoïde. La peau et le sterno-mastoïdien sont adhérents et remplis de petites nodosités variant d'un grain de chenevis à un petit pois ; ganglions sus-claviculaires engorgés, durs. Inopérable.

OBSERVATION XLVIII (GUSSENBAUER, 1892)

Homme, soixante-cinq ans. Tumeur dans le triangle supérieur du cou. Début il y a trois mois, accroissement rapide depuis un mois, douleurs

irradiées à l'oreille, surtout nocturnes. Insomnie, dysphagie, volume d'un œuf d'oie, adhérente au sterno-mastoïdien droit, peau non adhérente. Consistance dure, élastique au centre.

Opération. — Sterno reséqué en totalité, jugulaire interne reséquée sur 10 centimètres, la moitié des fibres du vague sur 2 centimètres. Dissection de la carotide. Résultat immédiat excellent.

Examen histologique. — Epithelioma pavimenteux avec globes perlés.

OBSERVATION XLIX (GUSSENBAUER, 1892)

Homme, quarante-huit ans. Début il y a six mois ; d'abord lent, puis rapide, pas de douleurs. Tumeur région sous-maxillaire gauche, volume d'un œuf d'oie. Consistance dure, surface unie, rapprochée de la sous-maxillaire mobile n'atteint pas le bord du sterno-mastoïdien.

Opération. — Tumeur adhère à la sous-maxillaire, à l'aponévrose profonde du cou, au digastrique.

Examen histologique. — Cancer à épithelium pavimenteux et globes perlés accru dans les parties de la sous-maxillaire avoisinante : « Je pense que c'est un carcinome branchiogène » (Chiari).

OBSERVATION L (GUSSENBAUER, 1892)

Homme, cinquante-trois ans. Début il y a quatre mois ; petite tumeur au-dessous du maxillaire inférieur droit, dure au toucher, accroissement lent. Poussée fébrile il y a quinze jours, depuis, accroissement rapide. Peau intacte actuellement, tumeur molle, pâteuse, fluctuante en bas, douleur à la pression, indépendance de la parotide. A la suite de l'opération, le lobule de l'oreille et la joue deviennent insensibles. Récidive un mois après, mort rapide.

Examen histologique. — Epithelioma pavimenteux et fibreux, (Chiari).

OBSERVATION LI (BRINTET, 1898).

Homme, cinquante-trois ans. Début douloureux il y a huit mois. Tumeur apparue il y a cinq mois, profonde, mobile, peu douloureuse, elle est située près de l'os hyoïde gauche, adhérente aux plans profonds, dure, non fluctuante, atteint le volume d'un œuf de poule.

Opération. — Incomplète, la masse englobant la jugulaire interne et la partie supérieure de la carotide. Récidive, mort cinq mois après.

Examen histologique. — Ilots de cellules épithéliales ; par place aspect d'épithélioma pavimenteux lobulé.

OBSERVATION LII (BRINTET, 1898).

Homme, soixante-trois ans. Début il y a deux ans, région carotidienne droite à deux travers de doigt au-dessous de la mâchoire, tumeur petite, mobile, non douloureuse. Après un accroissement irrégulier elle s'étend de l'angle de la mâchoire à trois travers de doigt de la clavicule. Peu sillonnée de veinosités ; non adhérente.

Opération. — Ablation incomplète. Récidive, mort cinq mois après.

Examen histologique. — Trame conjonctive à dégénérescence hyaline, îlots d'épithélium caractéristique des cylindromes. Point de départ probable, parotide aberrante.

OBSERVATION LIII (QUINTRIE, 1898).

Homme. Petite tumeur née trois ans avant, petite et dure sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien, en deux ans devient comme une noix, elle est aujourd'hui comme une orange. Dure, indolore, ne suit pas les mouvements de la trachée, pas de trouble de compression. Lanelongue

suppose épithélioma pavimenteux stratifié qui serait venu se greffer sur un ganglion atteint d'adénite simple. Ablation; jugulaire reséquée entre deux ligatures.

OBSERVATION LIV (PEREZ, 1899).

Homme, soixante-un ans. Goitre léger depuis l'enfance. Petite tumeur dure, née dix mois avant sous l'angle droit de la machoire, devient comme le poing en six semaines. Incision. Diminution. Recrudescence trois mois après, douleurs irradiées à l'épaule. Tumeur dure, bosselée, d'un volume d'un œuf d'oie s'étendant de la parotide à la région sous-mentale. Adhérence à la cicatrice. Une autre tumeur, située au-dessous, descend jusque sous l'articulation sterno-claviculaire.

Examen histologique (Biopsie). — Stroma et cordons cellulaires plexiformes à cellules simplement juxtaposées. Nombreuses mitoses typiques, métatypiques par places, cavités tapissées d'un endothélium, cellules rondes, gros noyaux, deux nucléoles, peu de protoplasme.

OBSERVATION LV (PEREZ, 1899).

Homme, soixante-un ans, début sept mois avant par une petite tumeur dure du côté droit du cou, bientôt tumeur semblable du côté gauche. Pas de troubles fonctionnels. Tumeur du volume du poing, bridée par le sterno en son milieu, dure, mobile, indolore. Tumeur gauche plus petite sous l'angle de la machoire, très mobile.

Opération. — Adhérences à la jugulaire interne, l'ablation complète de l'une et de l'autre tumeur est impossible. Tamponnement.

Résultats éloignés manquent.

Carcinome plexiforme bien moins isolée du stroma que dans le cas précédent, globes épidermiques, cellules à noyaux grands, étroits, protoplasme finement granuleux.

OBSERVATION LVI (PEREZ, 1899).

Homme, soixante-cinq ans. Tumeur de la région carotidienne ayant débuté trois mois avant, douleur vers la tempe. Tumeur du volume d'une pomme, douloureuse, dure, peu mobile, adhérente au sterno-mastoïdien.

Opération (Czerny). — Résection de la carotide et de la jugulaire interne. Czerny n'ose pas enlever un noyau adhérent au vague dans la crainte d'une pneumonie.

Examen histologique. — Voir plus bas.

OBSERVATION LVII (PEREZ, 1899).

Homme, cinquante-huit ans. Tumeur côté gauche du cou, début il y a trois mois, accroissement rapide, sans gêne, volume du poing, dure, adhérente aux vaisseaux, immobile dans la déglutition.

Opération (Jourdan). — Ligature des branches de la carotide externe, résection de la jugulaire interne et du grand hypoglotte.

Résultats immédiats : Gangrène du pied droit, amputation au-dessus du genou, gangrène du pied gauche. Récidive sur place, mort de pneumonie. A l'autopsie, nodules métastatiques dans le foie, thromboses multiples, abcès du rein, pyélonéphrite.

Examen histologique. — Boyaux cellulaires plexiformes, beaucoup de mitoses asymétriques, peu de couches concentriques, infiltration abondante de petites cellules à la périphérie de la tumeur, pas de ganglions. Les thromboses ont la structure des métastases, stroma conjonctif contenant de petites cellules rondes, cellules embryonnaires.

OBSERVATION LVIII (PEREZ, 1899).

Homme, vingt-huit ans. Tumeur naît six mois avant au-dessous du maxillaire inférieur droit. Grossit et s'ouvre après deux mois donnant beaucoup de pus. Elle se reforme. Incision évacue du pus. La tumeur progresse, adhérence intime au bord inférieur du maxillaire, à la peau, orifice fistuleux, pas de ganglions. Le plancher buccal n'est pas envahi.

Opération. — Pas d'adhérence aux gros vaisseaux, glande sous-maxillaire adhérente, une portion du maxillaire et la peau sur une assez grande étendue sont enlevés.

Récidive deux mois après, noyau peu adhérent à la veine. Résultats éloignés manquent.

Examen histologique. — Structure plexiforme typique: Cellules polyédriques de grosseur variable, pas de ciment interstitiel, disposition concentrique. Grande infiltration de cellules dans la capsule.

OBSERVATION LIX (PEREZ, 1899).

Homme, cinquante-neuf ans. Début six mois avant. Douleurs violentes irradiées à l'oreille et tumeur très dure au côté droit du cou.

Opération (Czerny). — Résection de la carotide de la jugulaire interne (5 centimètres) et du pneumogastrique.

Récidive cinq mois après, troubles respiratoire, mort six mois après l'opération.

Examen histologique. — Travées cellulaires longues et anastomosées, cellules très variables, petites, arrondies, ovoïdes; grosses polyédriques riches en protoplasma, vacuoles, globes épidermiques, stroma conjonctif avec cellules arrondies.

OBSERVATION LX (José RIBERA, Madrid, 1899)

Homme, quarante-six ans. Tumeur débute six mois avant au niveau de la grande corne de l'os hyoïde. Pas de troubles fonctionnels. Actuellement, tumeur allongée suivant la direction du sterno-cléido-mastoïdien, remonte jusqu'au dessus de l'angle de la machoire. Descend jusqu'à la région sus-claviculaire. Dilatation des veines superficielles, pas d'adénopathie.

Opération. — Le muscle sterno-cléido-mastoïdien est envahi et on est obligé de réséquer la veine jugulaire sur 8 centimètres. Dissection pénible des carotides et du pneumogastrique.

Résultats immédiats : Guérison.

Résultats éloignés : Manquent.

OBSERVATION LXI (VEAU, 1901).

Homme, soixante-six ans, entre le 3 mars 1896 à l'hôpital de la Charité (service de M. le Professeur Tillaux) pour une tumeur du cou.

Antécédents héréditaires : Rien à signaler.

Antécédents personnels : Rien jusqu'au début de l'affection actuelle, fin septembre 1894. En particulier, pas de syphilis.

Histoire de la maladie. — Aperçue par hasard, la tumeur était petite, dure, visible par la saillie correspondante de la peau à laquelle elle n'est pas adhérente malgré son peu de mobilité. Siège au-dessous et en arrière de la machoire, à la jonction apparente du sterno cléido-mastoïdien et du trapèze. Elle ne détermine pas de douleur et ne grossit pas par l'effort.

A la fin d'octobre, apparition des symptômes fonctionnels dans l'ordre suivant :

1^o Douleur, céphalalgie surtout, élancements dans la moitié corres-

pondante du crâne et la région sus-orbitaire. Unilatéralité absolue, exarcebation la nuit ou quand la tête est penchée ;

2^o Dysphagie irrégulière plus marquée pour les solides que pour les liquides.

En janvier 1895, la tumeur devenue grosse comme un œuf de poule est réductible et la céphalalgie empêche le sommeil.

La tumeur est le siège de battements synchrones aux pulsations cardiaques et des bourdonnements d'oreille surviennent trois ou quatre fois par jour, plus souvent dans la nuit. Toux, picotements incommodes pour le malade. L'appétit diminue, l'amaigrissement s'accuse.

Février 1895, la voix semble changer de ton, les symptômes fonctionnels augmentent, la tumeur grossit peu et est moins réductible.

État actuel. — Tumeur de la grosseur d'un œuf de dinde, ovoïde, séparée en haut du maxillaire supérieur, en bas de la clavicule par des sillons profonds, dépasse très peu la ligne médiane, atteint en arrière les fossettes latérales de la nuque.

La peau est rouge à peine vascularisée. Fluctuation nette irrégulière se communiquant mal d'un pôle à l'autre de la tumeur ; tumeur mobile sous la peau, mobile dans le sens transversal sur les plans profonds, bridée par le sterno mastoïdien dont la contraction ne l'immobilise pas entièrement et n'en provoque pas la réduction.

Pas de mouvements transmis par le larynx. Pas de retard dans les pulsations artérielles. Léger souffle doux, systolique par l'auscultation stéthoscopique. Pas de troubles pupillaires.

M. Després, essayant de provoquer la réductibilité, provoque une sensation de défaillance qui oblige à coucher le malade, la poche dont la paroi est dure met vingt minutes à se remplir.

La ponction donna du sang noir avec une forte proportion de globules blancs (Pillet). Le cathétérisme de l'œsophage et l'examen laryngoscopique ne révèlent rien.

Symptômes fonctionnels. — La dysphagie s'accuse. Vomissements, la dysphonie est variable, la céphalalgie constante avec les mêmes caractères, la toux plus fréquente, presque continue.

Le 12 mars, la tumeur s'accroît, dans la nuit, d'un lobule surajouté. Amélioration notable de l'état général et à partir du 20 mars, diminution de la dysphagie.

Opération (Fait par M. Rieffel). — Anesthésie au chloroforme, la tumeur est abordée par son pôle inférieur et le dégagement en est tenté de bas en haut. Hémorragies successives très abondantes, l'isolement de la partie postérieure de la tumeur est de plus en plus malaisé. Nécessité de réséquer la veine sur une longueur de 5 centimètres et de serrer le fil d'attente placé sur la carotide primitive. Dans la cavité on voit la carotide qui bat et le pneumogastrique peu visible. Drainage, suture.

Suites opératoires. — La température est au voisinage de 37°, le lendemain 8, aphasie; le 9, hémiplegie totale avec contracture, inégalité pupillaire, aphasie; 10, paralysie vésicale, vomissements, prostation qui ne fait que s'accroître jusqu'à la mort survenue le 16.

Pas d'autopsie. Le pharynx que l'on a pu retirer, ainsi que le larynx et la langue sont intacts.

Examen de la tumeur. — Cavité kystique à parois épaisses de 1 centimètre présentant par place des îlots comme gélatineux.

Examen microscopique. — Cellules fondamentales les unes franchement épithélioïdes, les autres diffuses dans le stroma.

Les premières sont disposées en revêtement discontinu de la cavité kystique, leur orientation est variable. Les cellules profondes sont implantées sur une membrane anhiste. Ce sont des éléments volumineux de 5 à 6 millimètres, arrondis ou ovalaires prenant vivement les colorants.

En certains points on assiste à la transformation des cellules superficielles en cellules profondes et l'on voit partir des cellules superficielles des boyaux cellulaires envahissant le stroma de façon irrégulière.

Par places, sur le bord, les cellules sont moins denses, elles forment des amas arrondis ou des traînées fusiformes. Par places, disposition en en travées plexiformes dont les mailles sont remplies par du tissu myxomateux qui forme la plus grande partie du stroma.

On n'a pas affaire à du tissu myxomateux typique mais bien plutôt à un tissu conjonctif dense dont les fibres auraient été remplacés par une substance fondamentale homogène.

Dans la couche externe, le tissu myxomateux est plus typique. Les cellules sont presque toutes étoilées; il n'existe là aucune démarcation nette entre les cellules fondamentales et les cellules muqueuses.

Le tissu conjonctif se trouve formé par du tissu fibreux peu abondant à tous les stades de son évolution.

Vaisseaux. — Les artères sont très développées dans la paroi du kyste et sont parfois très volumineuses. Les lymphatiques, abondants dans la zone moyenne, sont assez souvent entourés par des cellules fondamentales profondes.

OBSERVATION LXII (VEAU, 1901).

Homme, quarante-trois ans. Hôpital Laënnec, service de M. Reclus, 14 avril 1898.

Cette observation fut reproduite et donnée comme personnelle par Zicas en 1903. Nous ne la répéterons pas.

OBSERVATION LXIII (VEAU, 1901).

Homme, cinquante-cinq ans. Opéré le 10 juin 1898, par J.-L. Faure.

Début huit mois avant au-dessous de l'angle de la mâchoire par un petit corps dur, arrondi, très mobile sous la peau et absolument indolent.

Accroissement continu, le volume seul décide le malade à une intervention.

État actuel. — Tumeur faisant une saillie très notable dans la région sous-maxillaire. S'étend en haut dans la région parotidienne jusqu'à deux travers de doigt du lobule de l'oreille. Elle efface complètement la saillie du maxillaire. En avant, elle n'atteint pas la ligne médiane, en bas, elle dépasse l'os hyoïde. Elle est bosselée, irrégulière, dure, non fluctuante, non adhérente à la peau et peu mobile sur les plans sous-jacents. La contraction du sterno-mastoïdien la refoule légèrement en avant, pas d'adhérence au pharynx. État général excellent, appétit intact.

Opération. — Deux incisions formant une ellipse de cinq centimètres de hauteur. La tumeur est entourée d'une capsule conjonctive qui

rend sa dissection très facile. M. Faure dégage d'abord l'extrémité inférieure de la tumeur. Le plan profond est formé par l'os hyoïde et les muscles qui s'y rattachent en particulier le digastrique dont le ventre postérieur est disséqué. Il n'y avait aucune adhérence. La veine jugulaire est gonflée par places. La tumeur est séparée d'elle sans difficulté. On est arrêté à la partie moyenne de cette face profonde.

M. Faure cherche alors à isoler le pôle supérieur de la tumeur, ce qui ne présente pas de difficulté. La parotide n'est pas aperçue quoique la tumeur occupe en haut la région parotidienne. Il y avait à ce niveau comme une coque conjonctive qui l'isolait de la tumeur ; l'angle de la mâchoire était rattaché à la tumeur par un pédicule peu dense qui fut coupé facilement aux ciseaux. La glande sous-maxillaire est séparée facilement à la sonde canelée. Les quelques adhérences profondes étaient dues à des vaisseaux peu volumineux issus de la faciale. La tumeur en totalité a été enlevée avec la plus grande facilité. Suites excellentes, pas de récidive.

Examen de la tumeur. — A la section grandes inégalités, parfois consistance très dure par places. Kystes remplis d'une masse granuleuse et molle parfois hémorragique. Aspect extérieur muriforme, les bosselures sont en général très blanches.

Examen histologique. — Tumeur lobulée avec une capsule d'enveloppe envoyant des prolongements dans l'intérieur qui est ainsi cloisonné. A la périphérie, agglomération de cellules fondamentales.

Les cellules affectent des dispositions variables, tantôt en masse dense tantôt en boyaux anastomosés.

Ces boyaux à contours très nets ne renferment que deux assises de cellules. Comme on ne trouve nulle part de coupe arrondie de ces boyaux on est amené à songer que ce ne sont pas des boyaux mais des lames.

Du côté de la capsule les cellules s'aplatissent, elles forment là de deux à six assises dont les noyaux allongés se disposent sur des lignes absolument parallèles.

Du côté central, les cellules tendent à perdre leur forme générale arrondie et sont plongées dans une substance homogène, vaguement fibrillaire, colorée en jaune par le Van Geisen, en rose pâle par l'éosine hématoxylique, formant comme un amas myxomateux.

Au centre le tissu myxomateux paraît représenter la partie la plus an-

cienne de la tumeur. Au centre de la tumeur se trouvent d'énormes foyers hémorragiques.

OBSERVATION LXIV (VEAU, 1901.)

Homme, quarante-huit ans, entre dans le service de M. Rieffel, 26 septembre 1898, pour une tumeur ulcérée du cou.

Antécédents héréditaires. — Manquent.

Antécédents personnels. — Pas de ganglions dans son enfance. Variole vingt et un ans. Pendant la convalescence, nombreux abcès surtout autour du cou, on lui fit là trois incisions probablement très petites, il n'en reste pas de traces en 1890, surdité bilatérale survenue sans cause connue (maladie, accident, écoulement d'oreille). Depuis sept ans, la surdité a été progressive et est maintenant assez marquée:

Début de la maladie actuelle il y a trois mois par une petite tumeur siégeant au-dessous de l'angle de la mâchoire gauche, absolument indolente au début et découverte par hasard. La peau était non adhérente à la tumeur et celle-ci indolore.

Peu à peu elle grossit prend le volume d'une grosse noix et se ramollit. Elle devient douloureuse, le médecin croit à un abcès et incise. Il s'écoula du sang épais et jaunâtre (dit le malade). L'incision n'apporta pas de soulagement et l'orifice resta toujours ouvert depuis. Il s'écoula toujours du pus, la tumeur grossit rapidement et devient de plus en plus douloureuse. En même temps le malade commence à maigrir. Pas de dysphagie. Pas de dysphonie. Ce sont les douleurs et le volume croissant qui le décident à se faire opérer.

Etat actuel. — Le malade est en bon état général quoique amaigri. Il est porteur à la région cervicale gauche d'une tumeur volumineuse sous-hyôïdienne et se confondant avec la saillie maxillaire. Elle s'étend en outre: en avant jusqu'à la ligne médiane; en arrière jusqu'au sterno-mastoïdien; en bas jusqu'au dessous de la saillie de l'os hyoïde, elle est séparée de la clavicule par un intervalle admettant huit travers de doigt. Il existe à la surface un orifice bourgeonnant, fongueux par où

s'écoule une sérosité chargée de grumeaux et de sang, les tissus avoisinants sont rouges et violacés.

La tumeur est dure, irrégulière, ne présente pas de point manifestement fluctuant. Adhérence à la peau, aux plans sous-jacents mais non au maxillaire. Par l'orifice fistuleux ramolli, saignant, on pénètre dans un trajet anfractueux de trois centimètres.

Il ne semble pas qu'il y ait de ganglions envahis secondairement. Pas de dysphagie, pas de dysphonie, pas de troubles respiratoires.

M. Rieffel porte le diagnostic de cancer primitif des ganglions et ne juge pas utile d'opérer.

Le malade quitte l'hôpital le 15 octobre et meurt à Orléans en février 1899.

L'examen histologique, pratiqué sur un fragment enlevé par biopsie, montre des cellules fondamentales du tissu myxomateux, du tissu conjonctif, des cellules embryonnaires, des vaisseaux.

OBSERVATION LXV (VEAU, 1901.)

(RECLUS, *In* thèse Licas 1903).

Homme, quarante-trois ans, dont la mère est morte de cancer à l'estomac.

Tumeur du volume d'une bille dure, mobile, apparaît il y a quatre mois au-dessous de la grande corne droite de l'os hyoïde. Grossit pour devenir comme un œuf. Il y a deux mois, toux, hémoptysie voix éteinte et voilée. Douleurs dans la région temporale.

Etat actuel. — Anémie marquée. Tumeur dure bien limitée, sous sterno-cleido-mastoïdienne, s'étend en avant jusqu'à la trachée, en haut à un centimètre du bord inférieur de la mâchoire, en bas prolongement adjoint à la masse principale qui est arrondie.

Saillie du volume d'une noisette de la région inter-arythénoïdienne. Douleurs lacinantes, dyspnée.

Opération. — Trachéotomie syncope arrêtée par respiration artificielle. Incision en fer cheval. Capsule qui sépare la tumeur du sterno-

mastoïdien, en décollant on ouvre une poche de sang noir, ligature de deux pédicules vasculaires. La poche communique avec le pharynx au milieu de la grande corne de l'os hyoïde, les bords de cet orifice n'ont aucun caractère néoplastique, on le suture. Malade sort. Récidive presque immédiate inopérable. Cachexie, mort.

L'incision première n'était pas cicatrisée entièrement, le sterno-cleïdo-mastoïdien est pris.

Examen histologique (Veau). — Paroi du kyste à cellules épithéliales en amas variables à limites peu nettes, parfois formations vésiculaires dans les cellules. Tissu conjonctif formant le stroma, perd la constitution fibrillaire pour devenir homogène par place ; foyers hémorragiques, vaisseaux peu abondants à tuniques épaissies.

OBSERVATION LXVI (VEAU, 1901)

Homme, vingt-deux ans, entre le 9 août 1908 à l'Hôtel-Dieu, service de M. Duplay, pour une tumeur.

Antécédents héréditaires. — Rien se rattachant à la tumeur actuelle.

Antécédents personnels. — Nuls, pas d'affections cervicales, pas de maladie grave.

Histoire de la maladie. — Début il y a huit ans. Au-dessous de l'angle de la mâchoire droite, le malade constate la présence d'une tumeur grosse comme une noisette, grossit en six jours pour devenir comme une noix et bilobée, puis reste stationnaire pendant sept ans et demi. Depuis deux mois nouvel accroissement et apparition des douleurs qui sont progressivement plus intenses et s'irradient vers la fosse temporale. Mais c'est pour le volume de sa tumeur que le malade cherche à s'en débarrasser.

Etat actuel. — Tumeur allongée, dépasse en haut l'angle de la mâchoire, en bas la saillie de la pomme d'Adam à trois travers de doigt de la saillie du maxillaire. En arrière elle passe sous le sterno-mastoïdien. En avant elle est séparée par un sillon très net de la saillie du larynx. Bilobée, non adhérente à la peau, peu mobile sur les plans sous-jacents,

adhérente au bord postérieur du maxillaire. Pas de crépitation en mobilisant la tumeur sur l'os.

La consistance est très dure, osseuse même au niveau du bloc supérieur. Douleur à peu près nulle à la pression, pas de points douloureux au niveau du maxillaire. Dents gâtées de ce côté, quelques unes manquent. Pas de ganglions.

Symptômes fonctionnels nuls en dehors de la douleur déjà signalée.

Le diagnostic clinique fut chondrome branchial (Delbet).

Opération. — La tumeur fut enlevée avec une grande facilité grâce à la capsule conjonctive, pas d'adhérence à la parotide qui recouvrait la coiffe. Suture sans drainage guérison per primam.

Suites inconnues.

Examen histologique. — Tumeur nettement encapsulée de couleur blanchâtre. À la coupe, tumeur très dure avec des noyaux cartilagineux. Au-dessous de la capsule deux ou trois couches de cellules fondamentales. En d'autres points, amas vésiculaires. Les cellules fondamentales se perdent au centre dans le tissu myxomateux. En certains points on trouve des amas de follicules hors de la capsule entourée de tissu conjonctif lâche. Cellules arrondies ou ovalaires de 10 à 15 millimètres à protoplasma présentant un grand nombre de granulations. Quelques cellules sont irrégulières.

Tissu myxomateux présentant souvent l'aspect typique réparti en larges îlots isolés par des travées conjonctives. Le tissu cartilagineux placé à l'intérieur du tissu myxomateux ne constitue pas de cartilage hyalin bien qu'il ne soit pas à proprement parler du fibro-cartilage. Cet aspect est constant. Au niveau des points de contact il existe des zones de transition : la substance fondamentale du cartilage paraît se rapprocher de la substance fondamentale du myxome. De même les éléments cellulaires perdent leur forme arrondie pour devenir étoilés. Il semble qu'il y ait transformation de l'un dans l'autre sans qu'on puisse être fixé sur le sens de la transformation. (Veau)

Tissu conjonctif adulte se transformant en tissu myxomateux.

Vaisseaux n'existent que dans la capsule et les travées. Ils sont entourés par places d'éléments embryonnaires.

OBSERVATION LXVII (VEAU, 1901).

Homme soixante-dix ans, entre le 29 juin 1899 à l'Hôtel-Dieu, service de M. Duplay, pour une tumeur cervicale.

Née au-dessous et en dedans de l'angle de la machoire elle avait, il y a cinq mois, le volume d'une noix, mobile sous la peau et sur les parties profondes devient le siège de picotements et acquiert le volume d'une mandarine.

Etat actuel. — Tumeur dans la région sous-hyoïdienne pas adhérente à la peau, ne semble pas adhérente au sterno-mastoïdien dont la contraction la refoule. Tumeur bosselée, moins dure que celle de l'observation précédente. Rien à l'auscultation. Pas de ganglions.

Opération, 3 juillet 1899. — Extirpation des plus faciles. Tumeur encapsulée sans adhérence. Guérison per primam, le malade quitte l'hôpital onze jours après. Suites inconnues.

Examen histologique. — Lobulation extérieure. Capsule entourant complètement la tumeur et sillonnée de veines nombreuses. Section homogène, tissu blanc, dur, criant sous le scalpel.

Cellules fondamentales : en boyaux, en amas arrondis, en vésicules à deux ou trois assises. Le protoplasma est très peu abondant, le noyau volumineux irrégulier possédant plusieurs nucléoles. Les vésicules ont un contenu homogène permettant à la fois de supposer une fonte cellulaire totale ou une sécrétion mérocrine, les cellules périphériques des vésicules paraissent radiées, les centrales tendent à s'aplatir perpendiculairement au rayon. En certains points, autour des vaisseaux, éléments embryonnaires.

Tissu myxomateux. — En îlots limités par des cellules fondamentales, on semble assister à la transformation de ces éléments en éléments myxomateux.

Tissu conjonctif adulte avec dégénérescence en tissu homogène déjà trouvé dans les précédentes observations et différent du tissu myxomateux.

OBSERVATION LXVIII (DEYTIEUX, 1903).

Homme adulte, entre le 5 janvier 1903, service du docteur Reclus pour une tumeur cervicale droite.

Début il y a quatre mois, insidieux, puis quelques élancements et quelques jours après présence dans la région sous-maxillaire droite d'une petite boule qui s'accroît progressivement.

Etat actuel. — Saillie sous l'angle maxillaire remontant vers le lobule de l'oreille s'avancant davantage vers le menton, forme ovoïde, grand axe d'environ 12 centimètres. Limitée en arrière bord du sterno-mastoïdien, en bas grande corne du cartilage thyroïde, en haut le bord supérieur empiète de un centimètre sur l'angle de la machoire. Bilobulation assez nette. La tumeur n'atteint pas le plancher buccal. La peau est saine.

Etat général excellent ; légère paralysie faciale (filets inférieurs du facial). Douleur à la pression, nulle.

Par élimination on porte le diagnostic d'épithélioma branchial.

Opération, 9 janvier, chloroforme. — Pas d'adhérences aux vaisseaux profonds, adhérences à la face antérieure de la tumeur, on extirpe une partie suspecte de la carotide.

Guérison rapide malgré une petite fistule qui du reste guérit assez vite.

Suite. — Récidive fin octobre, il serait impossible de songer à une nouvelle intervention, cachexie marquée.

Examen microscopique. — Tumeur lobulée, bosselée. Indépendante, malgré les apparences, de la parotide et de la sous-maxillaire. Sur la coupe, la tumeur d'un blanc jaunâtre, paraît constituée par un squelette plus blanc, plus résistant, formant au centre des noyaux presque translucides et détachant à la périphérie des cloisons qui délimitent des loges renfermant des nodules plus jaunes de consistance moins ferme.

Cellules disposées en boyaux limités à leur périphérie d'une façon très régulière par les bases accolées des cellules épithéliales, ce sont des élé-

ments à noyaux très volumineux riche en chromatine. Par ci par là, cellule isolée envahissant les tissus voisins.

Stroma. — Conjonctif repoussé par place par le développement des boyaux épithéliaux. La coque ainsi obtenue est manifestement en nombre de points due à la paroi d'un vaisseau lymphatique. Produits de dégénérescence, vacuolisations, nécrose totale de certains lobules. Cellules embryonnaires. Du côté de la parotide où l'envahissement est le plus accentué, l'envahissement se fait dans les travées inter-lobulaires, les tissus glandulaires étant encore complètement indemne. Troncs lymphatiques bourrés de cellules néoplasiques.

OBSERVATION LXIX (DEYTIEUX, 1903).

Homme, vingt-neuf ans, entre le 30 mai 1902, à l'hôpital Laënnec pour tumeur cervicale gauche. Début il y a dix-huit mois, à la suite d'un léger mal de gorge, petite boule indolore et mobile au-dessous de l'angle de la mâchoire.

Etat actuel. — Peu visible, elle forme cependant une masse ovoïde à grand axe vertical de près de dix centimètres. Limites : en haut angle maxillaire, en bas, grande corne de l'os hyoïde quelle déborde en partie, en arrière sterno-mastoïdien. La loge parotidienne paraît légèrement envahie. L'accroissement date du début de l'année.

Consistance ferme, dure, presque ligneuse, pas de mobilité sur les plans profonds, la peau est peu mobile sur la tumeur.

Depuis trois mois, état stationnaire, mais au-dessous de la masse principale, on note l'existence d'une tumeur du volume d'une amande dans la région carotidienne, et de deux ou trois autres au voisinage de la clavicule.

Diagnostic épithélioma branchial douloureux à cause d'accidents inflammatoires simultanés de la cavité bucale.

Opération, le 30 mai, sous chloroforme (Reclus). — Extirpation pénible, nécessite l'ablation d'une bonne partie de la parotide, la ligature de la carotide primitive et de la jugulaire interne. Dans la cavité béante

s'étendant jusqu'au pharynx, on ne voit plus trace du paquet vasculo-nerveux.

Suites le lendemain : Myosis gauche, paralysie faciale légère ; le soir, ictus, hémiplegie droite, la perte de connaissance dure trente-six heures. Le malade sort de sa torpeur et est hémiplegique et aphasique.

Guérison avec persistance de troubles de la parole, déglutition difficile. Rancité de la voix par paralysie du récurrent.

Suites. — Le 5 mars, fistule fournissant un peu de pus sanguinolent, récidive au-dessous de la cicatrice par plusieurs petites tumeurs mal limitées.

Examen microscopique. — Structure homogène, « travées fibreuses plus épaisses dans les zones centrales, plus minces dans les parties périphériques, circonscrivent des loges remplies de cellules intimement accolées en général les unes aux autres. Ces loges rarement circulaires ou ovoïdes, sont, le plus souvent, très irrégulières et d'autant plus vastes, qu'on se rapproche de la partie centrale du néoplasme. C'est l'aspect morphologique du carcinome ».

Produits de dégénérescence au centre des éléments cellulaires. Cette substance, dit Deytieux, n'est pas un produit de désintégration cellulaire, c'est un produit de sécrétion qui se colore en rouge brun par le Van Giesen, et par là, la tumeur ressemble à certains sarcomes endothéliaux de la parotide.

OBSERVATION LXX (DEYTIEUX, 1903).

Homme, quarante-sept ans, entre à l'hôpital Laënnec, pour tumeur cervicale sous maxillaire gauche. Développée insidieusement d'une façon très lente et indolore, simplement disgracieuse et gênante par son volume.

Tumeur ovoïde, axes quatre centimètres (horizontal), trois centimètres (vertical). Mobile sur les plans profonds et sous les plans superficiels. On porte le diagnostic d'adénite monoganglionnaire chronique.

Opération à la cocaïne, le 27 octobre 1902. — Facile mais nécessite

la section de la veine faciale et l'abrasion d'une partie de la glande sous-maxillaire.

Guérison per primam, le 5 novembre sortie de l'hôpital. Suites inconnues.

Examen histologique. — Indépendance de la glande sous-maxillaire. Tumeur simplement enclavée dans la glande qui la coiffe. Section dure, tissu blanc jaunâtre, homogène, criant sous le scalpel, le type fibrome domine à l'examen, cellules fusiformes, tantôt voisines des cellules myxomateuses, tantôt des cellules sarcomateuses. Les amas sarcomateux se disposent aussi parfois entraînées anastomosées, d'aspect plexiforme. Parfois, au centre de ces traînées, vésicules remplies d'une substance homogène, colorée en jaune brun par le Van Giesen. Parfois, amas de cellules cubiques à noyaux assez volumineux, très riche en chromatine. « Toutes ces cellules sont au contact les unes des autres, on les prendrait volontiers pour des cellules épithéliales ».

OBSERVATION LXXI (FREDET et CHEVASSE).

(Extrait des Bull. et Mém. de la Soc. Anat., juillet 1907).

Homme, cinquante ans, entré à l'Hôtel-Dieu, le 8 janvier 1902, pour une tumeur parotidienne dont le début remonte à trois ans. L'accroissement a été progressif et très lent ; mais, depuis deux mois, accroissement rapide.

Etat actuel. — Tumeur parotidienne droite du volume du poing, se perd en haut sous le lobule de l'oreille, limitée par le bord postérieur de la branche montante, atteint la nuque en arrière et disparaît sous le sterno-mastoïdien qui la bride, en bas, elle atteint le bord supérieur du cartillage thyroïde.

Peau légèrement adhérente, mobilité nulle sur les plans profonds. La tumeur bombe dans le pharynx, pas de symptômes fonctionnels, à part quelques douleurs locales sans irradiation.

Opération le 14 janvier, très pénible, énormes pédicules attachant la tumeur aux troncs vasculaires profonds, ligature en masse sans prendre

le temps de rechercher la topographie exacte des vaisseaux sectionnés, le grand sympathique fut arraché.

Suites. — Shockintense mort six jours après dans un mélange d'accidents infectieux et de troubles cérébraux.

Examen microscopique. — Epithélioma pavimenteux lobulé avec globes épidermiques, travées conjonctives épaisses, riches en cellules, réaction embryonnaire vive.

« En partant des acini glandulaires sains, on voit peu à peu les acini s'aplatir et diminuer de volume, ils s'écartent les uns des autres, et dans les espaces qui les séparent, apparaissent des cellules embryonnaires assez petites à noyau remplissant presque toute la cellule ». L'épithélium parotidien n'a pas proliféré, il est dissocié, envahi, atrophié par une tumeur d'une autre origine. Cette tumeur a le caractère de l'épithélioma branchial.

OBSERVATION LXXII (LE DENTU).

(Extrait des Bulletins de la Société chirur. de Paris, 1905, p. 1133 et suiv.)

Homme, cinquante-huit ans, entre à l'hôpital Saint-Louis en 1887, pour une tumeur cervicale.

La tumeur siège à la partie supérieure de la région termo-mastoi-dienne gauche, empiétant un peu sur l'angle de la mâchoire et le masseter, trop fortement adhérente pour être extirpée. Aucune ulcération diagnosticable du côté de la bouche, du pharynx, de l'œsophage, ni du larynx.

Pas d'opération et pas d'autopsie, mais évolution n'ayant aucun rapport avec celle d'une adénite chronique, simple ou tuberculeuse.

OBSERVATION LXXIII (LE DENTU).

(Bull. Soc. chir., Paris, 1905).

Homme d'une cinquantaine d'années, entre à l'hôpital Saint-Louis, pour une tumeur cervicale.

Tumeur ferme, ulcérée, adhérente profondément, grosse comme une demi mandarine, occupant la partie inférieure du cou en arrière et en dedans du sterno-mastoïdien. Inopérabilité manifeste. Je m'abstiens et j'assiste pendant plusieurs mois à l'évolution du néoplasme et au développement de la cachexie qui finit par déterminer la mort. La tumeur a gardé sa dureté jusqu'au bout, tout en s'ulcérant.

Autopsie. — Aucune néoplasie ailleurs située (surface des muqueuses, de la face, du cou, ni dans aucun organe thoracique ou abdominal

Examen histologique. — Epithélioma.

OBSERVATION LXXIV

(LE DENTU, Bull. Soc. chir., Paris 1905).

Homme, soixante-deux ans, opéré une première fois à Dijon, pour une tumeur de la région submaxillaire gauche.

Récidive trois mois après. Nouvelle opération, 24 avril 1890. A ce moment, le néoplasme avait la dimension d'un demi œuf de poule. Extirpation difficile mais complète. Adhérence étroite aux gros vaisseaux. Un mois après, nouvelle récidive sous forme d'une tumeur de faible volume, plutôt d'une plaque ferme située immédiatement au-dessus de l'os hyoïde. Cachexie rapide, mort six mois après sans généralisation.

L'examen histologique n'avait relevé aucun élément malin dans la masse extirpée. Il avait été répondu que cette masse sub-maxillaire paraissait formée de produits inflammatoires.

OBSERVATION LXXV

(LE DENTU, Bull. Soc. chir., Paris 1905).

Un autre cas observé à l'hôpital Necker en 1892. Pas de renseignements.

OBSERVATION LXXVI

(LE DENTU, Bull. Soc. chir. Paris, 1905).

Homme, quarante-cinq ans, opéré en 1901, à l'hôpital Necker, pour une tumeur volumineuse de la région sub-maxillaire gauche, étendue jusqu'au sterno-mastoïdien, empiétant un peu sans y adhérer sur le corps du maxillaire inférieur. Extirpation laborieuse mais complète. Deux mois après, repullulation dans des conditions telles qu'une deuxième opération était impraticable. Le diagnostic porté cette fois, avait été confirmé par l'examen histologique. Ce sujet succomba assez rapidement à la cachexie après formation d'un fungus cancéreux.

OBSERVATION LXXVII

(LE DENTU, Bull. Soc. chir., Paris, 1905),

Femme, quarante ans, offrit au commencement de l'automne 1888, les signes d'une adénite subaiguë de la région sub-maxillaire gauche. Au bout de cinq semaines, comme il ne s'était pas produit de suppuration franche, soupçon de tumeur maligne et extirpation de la tumeur. Celle-ci, déjà volumineuse, occupait toute la région sub-maxillaire, atteignait le corps de la mâchoire et le bord du sterno-mastoïdien.

L'opération, délicate au niveau des gros vaisseaux, fut cependant menée à bien. Cela n'empêcha pas un commencement de récurrence. De petites plaques de pâte de Canquoin au chlorure de zinc, appliquées plusieurs fois avec beaucoup de prudence par M. Lefèvre, eurent raison des fongosités épithéliomateuses apparues si rapidement après l'intervention.

Examen histologique. — La tumeur est constituée par des ganglions distincts, la surface de coupe est blanc et lisse. Presque nulle part on ne

retrouve le tissu réticulaire normal, mais travées conjonctives épaisses, limitant des loges remplies de cellules de forme irrégulière, métatypiques, non soudées entre elles ; les faisceaux conjonctifs ne contiennent que des cellules embryonnaires.

La presque totalité des ganglions est donc envahie par des boyaux de cellules carcinomateuses.

C'est donc un carcinome ganglionnaire primitif, rattachable aux épithéliomas branchiaux.

Suites. — La malade n'a pas eu de nouvelle récurrence depuis dix-sept ans.

OBSERVATION LXXVIII

(ARROU, Bull. Soc. chir., Paris, 1905).

Femme, soixante-huit ans, hôpital Saint-Antoine, vient se faire opérer d'une tumeur sub-maxillaire droite.

Début lointain par une boule primitivement située en avant et en dessous de l'angle de la mâchoire.

Actuellement, masse du volume du poing d'un adulte. La marche lente, l'évolution au cours des derniers trois ou quatre mois, la dureté presque ligneuse des points accessibles font porter le diagnostic de tumeur maligne rattachée, faute de mieux, à la glande sous-maxillaire.

Opération. — L'ablation est pratiquée sans trop de peine, adhérence au myl-hyoïdien, la veine jugulaire est refoulée.

Examen histologique. — Tumeur d'apparence myxo-sarcomateuse. Lobules séparés par des travées conjonctives, avec gros vaisseaux. Ces travées sont bordées par des éléments épithéliaux petits, irrégulièrement disposés. Au centre des lobules, les éléments épithéliaux se dissocient et sont séparés par du tissu myxoïde. Quelques modules purement épithéliaux. En somme, myxo-épithéliome. Récurrence et mort quatre mois après.

OBSERVATION LXXIX

(LATRONCHE et CHARRIER, Journal de Méd., Bordeaux 1905).

Homme entré à l'hôpital pour une tumeur du cou apparue depuis six semaines environ.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Variole à vingt ans ; un zona en 1907.

A part cela, très bon état général.

A la suite d'une chute sur les pieds, il constate une petite grosseur du volume d'une noix, dure, immobile, indolore.

Pas de symptômes fonctionnels, la peau reste indépendante.

Opération (M. Lanelongue). — Poche liquide et tumeur solide, ligature de la jugulaire, dissection des nerfs.

Examen histologique. — Branchiome du type épithélioma tubulé. Vingt jours après, récurrence sur place, tumeur très dure, adhérente profondément.

ÉTUDE CLINIQUE

D'après les observations qui précèdent, nous allons, maintenant, tracer un tableau clinique des tumeurs qui nous occupent (1) et qui, vraiment, présentent une physionomie spéciale.

Etiologie

L'étiologie nous montre qu'elles sont de beaucoup plus fréquentes chez l'homme que chez la femme : 4 cas sur 64 cas ; elles sont, de plus, le privilège de l'adulte et n'ont pas été observées avant l'âge de 25 ans, encore est-ce un cas isolé, les autres malades ayant tous atteint la quarantaine. Les causes déterminantes paraissent manquer le plus souvent, parfois, cependant, on a noté une adénite préexistante consécutive à une affection dentaire, mais cette cause paraît avoir une relation plutôt lointaine avec l'évolution de la tumeur ; elle manque souvent, du reste, à l'origine. L'influence du traumatisme ou de l'infection, par une autre voie que la voie dentaire, n'a pu être établie non plus. Ce sont des tumeurs à développement spontané ou paraissant tel.

(1) Il est bien entendu que nous ne voulons parler ici que des tumeurs primitives du cou et non des dégénérescences ganglionnaires secondaires à un néoplasme siégeant en une autre partie de l'organisme.

Symptômes

Les symptômes sont variables et nous les grouperons pour les étudier en fonctionnels et physiques.

Ce sont tantôt les uns, tantôt les autres qui ouvrent la scène. Bien que, le plus généralement, les premiers n'apparaissent que tardivement, ce sont eux, cependant, qui nous occuperont d'abord, comme étant les moins constants et, par suite, les moins propres à fixer le caractère de la tumeur.

Pouvant n'apparaître que fort tard ou même jamais, lorsqu'ils ouvrent la scène ils se résument au symptôme douleur. Celle-ci siège soit au niveau de la nuque, soit au niveau du sterno-mastoïdien; elle disparaît, du reste, spontanément dans les deux cas où elle fut notée avant l'apparition de la tumeur. Le développement de celle-ci est le plus souvent indolore. Cependant, dans les cas à marche rapide, en particulier, la douleur peut être violente, paroxystique, avec des irradiations vers l'oreille, la tempe, la nuque; parfois, elle prend la forme de céphalalgie, subit une recrudescence la nuit et peut causer l'insomnie; les douleurs irradiées au bras, ne se rencontrent que dans le cas où le siège de la tumeur explique la compression du plexus brachial.

Enfin, aussi nombreux sont les cas où la douleur spontanée fait absolument défaut; seule, la pression exercée sur la tumeur est alors douloureuse; parfois, enfin, la douleur provoquée fait aussi défaut et on assiste à une évolution complètement indolore.

Les autres symptômes fonctionnels sont toujours tardifs. La seule observation, en effet, où nous les notions d'une façon hative, est sujette à suspicion. C'est l'observation de Hayem, 1865. C'est la seule où le siège de la tumeur soit aussi bas; la tumeur est placée à 1 centimètre au-dessous du lobe gauche de la thyroïde et, étant données ses dimensions,

4 centimètres, nous voyons qu'elle s'est développée entièrement en arrière du sternum, à la façon des goîtres plongeants, dont elle a eu la symptomatologie. Aussi, tenant compte de ses rapports avec le récurrent qui ne pût en être disséqué, rapport que nous ne retrouvons dans aucun des autres cas, admettons-nous que c'est là une exception et nous pouvons considérer comme règle que les symptômes fonctionnels apparaissent tardivement dans les tumeurs qui nous occupent. Ce sont, du reste, des phénomènes de compression, comme quelques uns des phénomènes douloureux déjà constatés. On note parfois, alors, de la dyspnée et de la raucité de la voix dont la tonalité paraît s'abaisser ; la dysphagie n'est pas très fréquente.

Un très bon signe est celui qui traduit le rapport de la tumeur avec les vaisseaux : Il consiste dans le fait des compressions vasculaires en particulier de la veine jugulaire, d'où il résulte de l'œdème de la face ou du bras ; ce signe appartient surtout aux tumeurs bas situées. La compression peut encore se faire sur la carotide interne, alors que la tumeur n'est pas très volumineuse et il en résulte une ischémie cérébrale qui peut aller jusqu'à causer la perte de connaissance momentanée.

Pour si bons qu'il soient, ces signes de compression vasculaire manquent souvent et la tumeur peut acquérir un volume énorme sans qu'ils apparaissent. La compression des filets nerveux sympathiques n'a pas été observée. Les symptômes généraux, fièvre, ect., sont le plus souvent absents. Cependant, la cachexie apparaît assez rapidement dans un certain nombre de cas, un quart environ.

En résumé, nous voyons que parmi les symptômes fonctionnels très variables, on doit, surtout, tenir compte des symptômes traduisant un rapport entre la tumeur et les vaisseaux du cou.

Les signes physiques de ces tumeurs, présentent au contraire, beaucoup plus d'uniformité, surtout à la période de début.

Ce qui frappe d'abord, c'est le siège, le lieu où se fait l'apparition de la tumeur. Nous pourrions la voir plus tard gagner latéralement la nuque ou la ligne médiane, en haut, le lobule de l'oreille, en bas, la clavicule, voire même descendre dans le médiastin et occasionner une pleurésie (cas de Rendu, 1869). Mais toutes les fois que nous pouvons noter son début, nous la voyons naître vers l'angle de la machoire inférieure à un ou deux travers de doigt en dessous de cet angle, sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien, au voisinage immédiat de la corne de l'os hyoïde, au-dessous par conséquent de la loge de la sous-maxillaire et de la parotide.

C'est alors une tumeur peu sensible à la vue, présentant à la palpation une forme arrondie, une dureté marquée, une mobilité nette, n'obéissant pas aux mouvements de déglutition, irréductible. Il est possible de saisir ses adhérences avec les plans profonds, il est plus facile, surtout, de la séparer d'avec la sous-maxillaire et la parotide et de constater l'indépendance absolue de la peau qui la recouvre.

Le premier stade de l'évolution est généralement silencieux et assez lent ; aussi, souvent, ces tumeurs ont été constatées par hasard, alors qu'elles avaient la grosseur d'une noisette. Elles atteignent ensuite, un volume variable de la grosseur d'un œuf (fréquent) à la tête d'un enfant (plus rare). En ce moment il est facile de noter les adhérences profondes, la mobilité a diminué, la tumeur est souvent adhérente au sterno-mastoïdien, ce que l'on constate en faisant contracter ce muscle. La peau reste indépendante, mais le développement de la tumeur ne permet plus toujours de vérifier l'indépendance des glandes salivaires.

La forme apparente de la tumeur est généralement arrondie, parfois légèrement allongée, le grand axe étant parallèle au sterno-mastoïdien. La palpation donne la sensation d'une tumeur mamelonnée légèrement, de consistance variable, soit uniformément dure, soit dure par places, molle par ailleurs, pouvant même présenter des points véritablement

fluctuants au point que l'erreur a été possible et la confusion faite avec des adénites suppurées.

La dureté elle-même est variable et peut aller jusqu'à donner la sensation du cartilage. Mais elle se retrouve toujours et ces tumeurs, même fluctuantes soit par le fait d'une dégénérescence kystique ou purulente, sont dures à la périphérie.

Il est enfin une troisième période de l'évolution ou la palpation ne peut plus assigner une limite précise à la tumeur; c'est ce que nous constatons dans les observations où la néoplasie ayant envahi les tissus voisins les malades ont été jugés inopérables.

Fait très digne d'être remarqué et déjà signalé par Veau avec raison, la peau peut rester indemne très tard en n'adhérant à la tumeur que très peu de temps avant l'ulcération.

Cette ulcération est du reste spontanée, se produisant alors que la tumeur adhère à tous les organes voisins et même au squelette, ou bien elle est accidentelle et due le plus souvent à une intervention médicale, la tumeur fluctuante ayant été prise pour un abcès. L'incision donne toujours lieu dans ce cas à une plaie qui ne se refermera pas et par laquelle s'écoulera le contenu purulent ou la bouillie épithéliale résultant de la nécrose des parties centrales de la tumeur.

Cette ulcération ne diffère plus en rien de celle accompagnant la nécrose d'une néoplasie quelconque.

Ce sont là les symptômes observés le plus fréquemment, ceux qui créent une physionomie spéciale au groupe de tumeurs que nous étudions. Ce ne sont pas les seuls.

Quelques-uns de ces phénomènes plus rares sont à connaître car ils ont contribué à des erreurs de diagnostic.

Ce sont d'abord les battements artériels. Il va sans dire qu'ils sont transmis; mais ils existent parfois et on doit contrôler les indications perçues au palper par l'auscultation: la tumeur n'est le siège d'aucun bruit de thrill ni de souffle et, comme on pouvait le prévoir, il y a de la matité à la percussion.

Nous aurons du reste, au sujet du diagnostic, à revenir sur

ces particularités ainsi que sur l'exagération de certains phénomènes presque constants par ailleurs tels que la fluctuation.

Nous allons maintenant considérer l'évolution de ces tumeurs.

Dans presque tous les cas, l'évolution s'est faite en deux périodes assez bien marquées.

Un premier temps fut où la tumeur progressa de façon lente, insidieuse, de telle sorte que l'on pût songer à tout autre chose et le plus souvent à une adénopathie chronique des ganglions sous-maxillaires ou carotidiens. La durée de cette phase de bénignité est très variable, des années parfois, (cas de Blache et observation II, douze ans environ); elle est souvent moindre. Mais étant donné le manque absolu de symptômes fonctionnels ou même physiques (une tumeur du volume d'un pois étant si peu appréciable dans cette région), on ne peut essayer d'établir une durée moyenne. D'autant plus que certaines tumeurs sont restées toujours bénignes.

La seconde phase commence à peu près au moment où la tumeur atteint le volume d'une noix et toutes les irritations, soit faites dans un but thérapeutique, soit involontairement dues au malade, semblent en ce moment précipiter la marche de l'affection. Dans quelques cas, la transition a été même marquée de quelques poussées fébriles.

Sans pouvoir préciser au bout de combien de temps la marche deviendra ainsi plus rapide, nous pouvons remarquer cependant que ce changement survient peu de mois après le moment où la tumeur atteint le volume d'une noisette. Cependant, même alors, l'affection est sujette à des périodes d'accalmie, non de régression; elle évolue alors par poussées successives, chaque poussée se faisant dans un temps très court, les intervalles entre les étapes étant généralement assez longs.

Abandonnée à elle-même, la tumeur marchera désormais d'une façon presque fatale vers l'envahissement des organes voisins, vers l'ulcération, le malade vers la cachexie. Que

peut le traitement ? C'est ce que nous verrons plus loin. Mais il convient de remarquer que dans quelques cas (Delbet) on peut assister à une évolution moins tragique. On a alors affaire à des tumeurs dont la bénignité a été mise hors de doute par l'extirpation. Ce sont des cas rares. Ces tumeurs ont souvent des volumes considérables, ce sont elles qui atteignent des dimensions comparables à celle d'une tête d'enfant et, par ce fait seul, elles ne sont pas sans danger pour le porteur, bien que n'ayant pas un grand retentissement sur l'état général.

Il y a du reste une différence de constitution notable entre ces deux classes de tumeurs que nous retrouvons au chapitre de l'anatomie pathologique.

Les complications autres que celles que nous avons vues sont peu nombreuses en dehors de l'envahissement des organes ⁽¹⁾ et de l'ulcération de la peau. On note aussi l'ulcération des vaisseaux artériels pouvant amener la mort. Rarement les ganglions sont pris et ils ne le sont que fort tard mais le sont aussi bien du côté sain que du côté malade. Les métastases autres n'ont été notées qu'à la suite d'interventions.

(1) Il est à remarquer que la muqueuse de la bouche n'est jamais atteinte, la tumeur évoluant suivant une direction parallèle au sterno-mastoïdien et suivant la profondeur vers le paquet vasculo-nerveux et le pharynx.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Cliniquement nous constatons deux évolutions des tumeurs qui nous occupent : Une bénigne rare, une maligne de beaucoup plus fréquente, forme dans laquelle la néoplasie récidive sur place et la mort survient comme conséquence d'une des complications déjà vues où de la cachexie cancéreuse.

Avons nous affaire à deux groupes parfaitement distincts de tumeurs et la plupart des tumeurs bénignes seraient elles restées telles en dehors de l'intervention ? Cliniquement nous ne saurions répondre mais l'histologie nous permet-elle un diagnostic plus précis ?

Histologiquement, les cas benins doivent être rapportés à deux types : un type conjonctif (tissu conjonctif fibreux à cellules peu nombreuses, tissu myxomateux, cartilagineux); un type mixte à structure comparable à celle des tumeurs mixtes des glandes salivaires et contenant, en plus des tissus conjonctifs, du tissu épithélial généralement peu abondant. Pour ce qui est des cas à évolution maligne, sauf dans quatre cas, nous trouvons toujours du tissu épithélial en assez grande abondance associé au tissu conjonctif. Rien ne différencie, sauf les proportions, cette classe de tumeurs du deuxième groupe de tumeurs déjà citées. Enfin, en admettant les résultats histologiques comme étant exacts et leurs interprétations valables, nous devrions admettre avec Deytieux, un deuxième groupe de tumeurs malignes exclusivement conjonctives.

En résumé nous aurions des tumeurs :

1° A structure conjonctive ;

2° A structure épithelio-conjonctive.

L'évolution serait maligne ou bénigne dans l'un et l'autre groupe, mais plus souvent bénigne pour le premier et maligne pour le deuxième.

L'examen des tumeurs n'est malheureusement détaillé que dans les observations de Veau et celles de Deytieux encore est-on frappé du fait que ces auteurs ne se sont presque jamais limités à l'observation pure et simple, mais comme nous n'avons rien de plus, force nous est de nous contenter de cela. Du reste les faits observés sont sensiblement les mêmes pour les deux auteurs. Ce sont ceux que Perez, avaient vus assez longtemps avant eux. Dans toutes les tumeurs malignes, on observe des éléments cellulaires de volume et de formes variables groupés sans ciment intercellulaire ou dissimulés, ceci surtout dans les tissus jeunes (zone d'accroissement). Dans ce cas, le noyau est gros et occupe presque toute la cellule. Le peu de protoplasma existant autour du noyau est fixement granuleux.

Dans les tissus plus âgés, les cellules se présentent mieux groupées avec un noyau qui n'occupe plus qu'une place réduite, la cellule s'étant accrue en volume et en protoplasma.

En dehors des formations cellulaires, on trouve des tissus conjonctifs différenciés, plus particulièrement sous forme de tissu myxomateux, toutes les formes adultes du tissu conjonctif pouvant exister du reste. Dans les tumeurs ayant évolué d'une façon bénigne, nous retrouvons du tissu conjonctif presque exclusivement ; cependant Eigenbrodt, 1894, est très affirmatif et dans ce cas « il s'agissait, dit-il, d'un carcinome bronchiogène au sens de Volkmann ». L'observation de Veau, malade opéré par Jean-Louis Faure, est moins probante, la description des cellules qu'il appelle fondamentales est peu précise, d'une part, et de l'autre, le groupement de ces cellules en lames et non plus en boyaux diffère assez des cas ordinaires. Les noyaux sont comme les cellules, tantôt ronds, tantôt allongés

disposés en lignes parallèles, et, chose curieuse, la forme de cellules aplaties à noyaux allongés est celle de la périphérie. C'est aussi celle des parties centrales, et on est en droit de se demander, Veau n'ayant pas décrit d'autres éléments cellulaires, quels sont ceux qui ont une forme typique qui puisse lui permettre d'étiqueter sa tumeur épithélioma. D'autant que nous ne trouvons dans ce cas, ni globesépidermiques, ni autres productions de ce genre.

A ce que nous voyons pour ces cas classés histologiquement, comme malins et cliniquement comme bénins, nous avons à opposer aussitôt deux cas de Deytieux juste inverse. Ce sont ceux qui sont fournis par l'observation II et III de cet auteur. Dans l'un et l'autre cas on a constaté des cellules absolument analogues aux cellules dite fondamentales de Veau, celles dont nous avons eu à nous occuper au sujet des tumeurs malignes. Leur forme est telle que Deytieux ne voulant pas les appeler épithéliales ne peut leur refuser l'épithète d'épithélioïdes. Cependant, cette concession étant faite, il les rattache au tissu conjonctif et cela par le fait seul qu'il existe dans la tumeur des parties nécrosées « homogènes », que le Van Giesen colore en rouge brun fortement. Cette raison prime le fait que l'aspect morphologique de la tumeur, la disposition des cellules en loges circulaires ovoïdes ou plus souvent irrégulières d'autant plus vastes qu'on se rapproche du centre de la tumeur, rappellent de si près les tumeurs carcinomateuses que Deytieux conclut : « C'est l'aspect morphologique du carcinome. Et bien que ce soit « un diagnostic insuffisant que celui de carcinome », la tumeur n'en a pas moins évolué comme telle, récidivant sur place et entraînant une cachexie profonde, huit mois après l'intervention ».

Cette coloration par le Van Giesen est-elle donc si caractéristique ? Peut-être, mais Deytieux ne paraît pas lui attacher une précision absolue, puisque dans l'observation suivante une masse homogène intitulée sang est colorée non plus en rouge brun, mais en jaune brun et dans l'obser-

vation I des lobules nécrosés sont colorés en brun. Ce sont là des nuances en tout cas délicates à saisir.

Mettons donc pour l'instant ces 4 observations (2 thèses de Veau, 2 thèses de Deytieux) de côté et il ne nous reste plus que deux classes de tumeurs bien homogènes dont l'évolution clinique cadre bien avec l'étude histologique.

Le premier de ces groupes comprend des tumeurs dont la structure est la suivante :

- 1^o Éléments cellulaires ;
- 2^o Stroma ;
- 3^o Les produits de dégénérescence.

Ces éléments cellulaires (auxquels nous donnerons avec Veau le nom de cellules fondamentales, ne voulant rien présumer de leur nature) sont disposés de façons diverses qu'il est possible le plus souvent de rattacher à une des dispositions suivantes :

- 1^o Amas globuleux logés dans des alvéoles rappelant en tout point le carcinome ;
- 2^o Boyaux anastomosés en réseau plexiforme ;
- 3^o Lames à disposition analogue souvent périphériques, mais ne donnant jamais à la coupe d'une trainée plus de 3 ou 4 assises de cellules ;
- 4^o Revêtement de continu de cavités kystiques ;
- 5^o Disséminées irrégulièrement et comme nombre et comme direction, ce sont de véritables cellules perdues infiltrant les tissus voisins.

Les caractères de ces cellules, nous l'avons déjà vu, sont variables rappelant parfois de très près les caractères des cellules embryonnaires, surtout chez les cellules jeunes dans les zones d'accroissement, prenant ensuite des caractères qui, le plus souvent, leur donnent un aspect épithélial (cellules polygonales à gros noyau et protoplasma abondant). Cependant, dans ce cas, les cellules unies sans ciment intercellulaire ne présentent que rarement les fibrilles d'union des cellules malpighiennes.

Parfois enfin, la différenciation de ces éléments est moins avancée et ils restent plus voisins de l'état embryonnaire ou même prennent des caractères rappelant ceux des cellules sarcomateuses.

Le stroma

Le stroma est essentiellement conjonctif. Le plus souvent fibreux, il constitue au début une coque à la tumeur et l'isole des tissus voisins, mais il est très fréquent de trouver du tissu myxomateux, et, sans nous préoccuper de son origine (dérivé du stroma ou des cellules fondamentales), nous pouvons dire, étant donné sa constance, qu'il est un des constituants ordinaires des tumeurs de cette région.

Les tissus cartilagineux sont plus rares dans les tumeurs malignes. Les produits de dégénérescence les plus fréquents sont des blocs d'aspect colloïde contenus dans des vésicules analogues aux vésicules thyroïdiennes et surtout les globes épidermiques avec ou sans éleidination. Parfois ces globes se présentent sous le type de globes inversés, les cellules cornées étant périphériques.

Nous ne parlerons pas, sauf pour les citer, des dégénérescences myxomateuses ou graisseuses les ayant rattachées avec Veau aux tissus constituant le stroma, et nous mentionnerons seulement les bouillies caséuses et épithéliales résultant de la nécrose des tissus de la tumeur.

Le deuxième groupe de tumeurs, dont les types nous sont fournis par la thèse de Mousnier, comprend des formations moins hétérogènes; elles sont ou exclusivement fibreuses avec très peu de cellules conjonctives ou constituées par un mélange de tissus simplement conjonctifs constituant des fibro-myxo-chondromes, cas de Delbet.

Rien au point de vue histologique ne leur est propre: ce sont des fibronnes ou des fibro-myxo-chondromes ou des fibro-lipomes.

En général, ces tumeurs diffèrent notablement des précé-

dentes, même au point de vue microscopique. Elles sont plus nettement encapsulées et la coque fibreuse est plus épaisse. A la section, elles ne présentent point cet aspect alvéolaire du carcinome, la consistance en est plus homogène. Cependant il n'y a rien d'absolu et le microscope seul permet de se rendre compte de la nature exacte.

Avons nous à nous préoccuper de la nature conjonctive ou épithéliale de ces néo-formations ? Il serait évidemment intéressant de savoir cela, mais, au point de vu pratique, c'est d'une médiocre importance, car ce n'est qu'une question d'interpréter ce que l'on a vu. Ces tumeurs, de l'avis de tous les auteurs, sont dues à des inclusions, c'est la seule théorie qui les puisse expliquer et elle les explique complètement.

La seule objection qu'on ait eu à lui faire, est la question du siège. Ceux qui la formulent reconnaissent, comme valable, l'origine branchiale, des tumeurs de la région latérale du cou, de la commissure buccale, voir même du voile du palais leur seule hésitation vient de la parenté très grande des tumeurs développées aux dépens des glandules de la joue siégeant en dehors des soudures, des bourgeons dont la convalescence doit former la face.

Cette objection ne tient pas devant ces deux considérations :

1° Qu'il n'est pas obligatoire que deux tumeurs de la joue, même de structure analogue, doivent s'expliquer par la même hypothèse.

2° Qu'à tout prendre il n'est pas très difficile de s'expliquer comment dans une région aussi tourmentée que le cou et la face, à la période embryonnaire, une inclusion puisse se faire en des points différents des lignes de suture.

Il suffit, en effet, de considérer que ces inclusions se font sur des espaces mesurables en millimètres carrés et que deux inclusions ayant évolué à l'âge adulte pour se placer l'une sur la ligne de suture nasogénienne, l'autre au milieu de la joue, se sont trouvées distantes au moment de l'enfouissement cellulaire de quelques centièmes de millimètres.

Nous pouvons donc, nous devons même, jusqu'à ce qu'une contradiction absolue, avec un fait, vienne la renverser, admettre l'origine embryonnaire et branchiale des tumeurs que nous avons étudiées. Mais, puisque ces cellules embryonnaires, oubliées au sein des tissus, se retrouvent normalement, même sur des fœtus de six mois, sans qu'il soit possible d'en préciser autrement l'origine, pourquoi aller plus loin. Ces cellules sont-elles ento ou ecto ou mésodermiques? Qu'importe, puisque rien en ce moment ne permet de préciser le feuillet dont elles ont été détachées. Pourquoi l'un des trois feuillets aurait-il le privilège de l'inclusion? Au plus, pourrait-on dire que le feuillet ectodermique, plus profondément mouvementé au niveau du sinus præcervical, y serait plus sujet.

Dès lors que ces tumeurs se présentent à nous comme l'évolution de débris embryonnaires, on conçoit aisément les particularités que nous avons signalées, savoir: la possibilité de tissus adultes épithéliaux ou conjonctifs et leur mélange en proportion variable suivant l'origine des cellules mères. La possibilité également de tissus moins bien différenciés dont les cellules ne peuvent être qu'approximativement présumées épithéliales ou conjonctives. C'est un de ces cas, certainement, auquel Veau a eu affaire pour le malade opéré par J.-L. Faure. Il ne paraît pas en être de même pour les observations de Deytieux dans lesquelles les cellules décrites ont tant de caractères épithéliaux qu'il semble difficile de leur attribuer une origine tout autre. Cependant la conception de cet auteur demeure juste. Il y a en effet des tumeurs conjonctives branchiales; nous les avons trouvées décrites sous le nom de fibromes ou fibro-myxochondromes du cou. Les idées de Veau à ce sujet étaient donc trop exclusives de ne voir que des tumeurs épithéliales et vraisemblablement son observation II, a trait à une tumeur de cette origine.

DIAGNOSTIC

Est-il possible de faire un diagnostic? L'ensemble des signes que nous avons eu à étudier, ne permet pas à lui seul d'affirmer, aussi devons-nous faire un diagnostic par exclusion.

Toutes les fois qu'un malade sera porteur d'une tumeur ayant les caractères d'un cancer secondaire des ganglions dans la région antéro-latérale du cou, nous aurons à songer aux tumeurs solides et liquides de cette région et nous passerons en revue ces diverses formations dans l'ordre imposé par les difficultés croissantes du diagnostic.

Nous aurons ainsi à envisager :

1° Les collections liquides : anévrysmes, angiomes, kystes sanguins du cou, les kystes dermoïdes et mucoïdes.

2° Les tumeurs solides : adénite aiguë, adénite chronique, bacillaire ou syphilitique ou cancéreuse, le lipome du cou, les tumeurs de la glandule carotidienne, les tumeurs du sternocleïdo-mastoïdien.

Nous aurons alors à considérer la possibilité d'un sarcome des ganglions lymphatiques, d'un goitre aberrant, d'un cancer de la peau, d'une tumeur para-thyroïdienne.

Le fibrome du cou étant parfois d'origine branchiale, sera étudié après les inflammations chroniques des glandes salivaires et, en dernier lieu, nous trouverons un groupe de tumeurs qui se transforment souvent en épithélioma et qui

sont : les tératomes, les fistules congénitales et les tumeurs mixtes primitives du cou.

La fluctuation, nette par place, de certaines tumeurs branchiales ne peut guère en imposer et faire croire à un anévrysme dont on ne retrouve aucun des autres signes, expansion, thrill, etc.

On doit simplement y songer, surtout dans le cas où la tumeur est franchement kystique; encore avons nous vu, que même dans ces cas, l'induration de la paroi ne permet guère de doute.

La réductibilité de la tumeur ne doit être cherchée qu'avec ménagement, elle n'est pas caractéristique de l'anévrysme d'une part, et, de l'autre, elle expose le patient à des dangers, ainsi qu'en témoigne l'observation I de Veau.

Les angiomes ou lymphangiomes sont congénitaux et manifestes dès la naissance et de ce fait faciles à retrouver.

Quant aux autres kystes sanguins du cou, ils sont constitués soit par des ganglions ramollis devenus le siège d'une hémorragie, soit même par de véritables épithéliomas branchiaux et dans ce cas impossibles à différencier convenablement de tumeurs dont ils ont du reste l'évolution.

Tumeurs solides.

L'adénite aiguë, encore qu'elle ait été confondue avec les tumeurs qui nous occupent, est facilement reconnaissable et présente les caractères habituels de l'inflammation aiguë. Il est, en outre, possible d'en établir la cause.

L'adénite cervicale chronique peut être plus difficile à préciser; l'adénite bacillaire est plus fréquemment bi-latérale et atteint de préférence des sujets jeunes et des deux sexes, la tumeur est irrégulière, provenant de l'agglomérations de ganglions, d'abord distincts, l'évolution est enfin plus lente.

Toutefois on ne peut passer outre avec certitude, qu'en l'absence de toute lésion bacillaire ou spécifique. L'adénite

cancéreuse qui, plus encore, se rapproche des tumeurs qui nous occupent, ne doit être éliminée que par l'absence constatée d'un foyer cancéreux en un point quelconque du corps, et Veau rappelle, avec raison, qu'un tel examen ne saurait être trop complet : témoin, le cas d'Ammon, publié comme cancer primitif des ganglions du cou, et que son auteur reconnut, par la suite, être secondaire à un cancer de l'estomac.

Le lipome du cou présente, en général, une mollesse uniforme (Phocas, Völckers), et est rarement assez dur pour faire de la compression.

Les tumeurs de la glande carotidienne sont rares. Elles sont toujours placées à la bifurcation de la carotide primitive, moins malignes que les épithéliomas branchiaux; on ne saurait cependant songer à en faire le diagnostic, leur connaissance reposant sur l'étude de 6 cas (Paltauf, 5 cas, Reclus, 1 cas).

Les tumeurs du sterno-mastoïdien sont très rares et le diagnostic doit en être très difficile au moment où la tumeur adhère au muscle; cependant, le mode de début peut servir à éclairer le chirurgien.

Le lymphadénome ou lymphosarcome, a des caractères assez particuliers : sa topographie, il naît généralement haut vers la parotide et non à l'angle de la mâchoire; sa forme : composé de ganglions, envahis à des époques diverses, il se présente comme formé de masses distinctes pendant longtemps. Il est plus fréquemment bilatéral. Il est rare en outre que les autres points du système lymphatique soient absolument indemnes. Les troubles fonctionnels sont aussi peu accusés que dans les tumeurs branchiales; cependant l'œdème de la face du côté correspondant par gêne circulatoire, est plus fréquent. Les troubles généraux sont plus rapides et d'allure typique. Le laboratoire pourra-t-il nous apporter une preuve de plus par l'examen du sang? Jusqu'à ce jour la valeur de ce contrôle est minime, puisque l'on a vu des cas de lymphosarcome avec et sans leucocythémie concomittante,

et que l'exagération des globules blancs dans le sang n'est pas exclusivement limitée aux affections des ganglions lymphatiques. Dans la majorité des cas du reste, la clinique fournira des renseignements suffisants pour conclure, en particulier lorsque la tumeur se présentera avec un cortège de symptômes complet. Avons-nous affaire à une tumeur du cou bosselée, molle, irrégulière, entraînant localement des troubles de compression, des hémorragies nasales, des fourmillements nerveux, de la dyspnée, de l'œdème de la face et retentissant sur l'état général, en occasionnant des vomissements, de la diarrhée, de l'albuminurie, de la fièvre à forme intermittente, nous pourrions conclure à lymphosarcome, tandis que nous penserons à une tumeur branchiale si la tumeur évolue d'une façon plus insidieuse, en présentant les signes propres à ces tumeurs, signes que nous avons décrit dans un des chapitres précédents.

Pour terminer avec les affections du système lymphatique, nous envisagerons la possibilité de la leucocythémie au début : le diagnostic ne saurait être longtemps hésitant et l'examen du sang est ici bien démonstratif.

Nous envisagerons encore les macro et micro-polyadénites, le plus souvent bacillaires, rarement assez confluentes au début, pour prêter à la confusion et, en tous cas, présentant, à très peu près, les caractères des adénites chroniques simples de la région que nous avons d'abord envisagées.

Bien plus délicat est le diagnostic du cancer de la peau d'avec la tumeur branchiale ulcérée, et la différenciation entre ces deux ulcérations néoplasiques, reposera uniquement sur la possibilité de connaître l'état de mobilité de la peau au-dessus de la tumeur, au moment où celle-ci n'était pas encore ouverte. Nous avons vu, en effet, que dans la tumeur branchiale, la peau restait longtemps indépendante du néoplasme.

La distinction du goître aberrant doit-elle se faire ?

Au point de vue histologique, rien ne différencie essentiellement l'épithélioma branchial du cou d'avec le cancer de la

glande thyroïde ; on y trouve même, nous l'avons vu, parmi les produits de dégénérescence, des vésicules colloïdes en tous points semblables à celle de la glande thyroïdienne ; enfin, les globes épidermiques inverses, que Paviot et Gerest considéraient comme la signature de l'épithélioma du thymus y ont été retrouvés.

Doit-on s'étonner de telles similitudes ? L'embryogénie nous enseigne que les ébauches de la thyroïde latérale, proviennent de la quatrième poche branchiale, le thymus provenant de la troisième.

Les inclusions possibles se font aux dépens, soit des sillons ectodermiques adossés à ces mêmes poches, soit de portions de l'endoderme qui revêt ces poches ; de toutes façons les cellules qui donneront les tumeurs branchiales sont, à l'origine, adossées ou contiguës aux cellules devant donner les portions accessoires de la thyroïde ou le thymus. C'est donc une distinction subtile, que d'essayer de distinguer, par des caractères histologiques seuls, deux néoplasies dérivant de l'une ou de l'autre de ces cellules. Mais nous avons des données d'embryogénie qui peuvent nous permettre, d'une façon théorique évidemment, mais logique, d'établir une démarcation assez nette entre ces formations.

Nous savons que les thyroïdes latérales n'ont pas le même sens absolu que la glande thyroïdienne et sont des formations propres simplement accolées aux lobes latéraux avec lesquels elles ne se fusionnent jamais assez complètement, pour ne pas s'en distinguer à l'examen microscopique.

Conforme en cela avec l'embryogénie, l'anatomie (Testut), ne signale l'existence de thyroïdes accessoires, que dans la région médiane sur le trajet parcouru lors de sa descente par le corps thyroïde.

Nous pouvons donc admettre que toute tumeur distincte des lobes latéraux et ne siégeant pas dans le voisinage de la ligne médiane, en somme sans connexion avec le canal thyro-glosse, n'est pas, à proprement parler, une tumeur

thyroïdienne, bien qu'histologiquement elle puisse rappeler les tumeurs de cette glande.

Ce n'est pas là nier la possibilité de goîtres aberrants et des tumeurs qui se peuvent développer dans ces lobules erratiques. C'est seulement réserver ce nom à des formations qui y ont droit absolu de par leur développement embryogénique.

M. le professeur Berger a publié des cas de goîtres aberrants dont l'un, notamment, siégeait à la base de la langue. C'est là un lieu d'origine qui justifie pleinement le diagnostic porté. Si on discutait tous les cas de cancer branchiaux, il en est un qui, bien qu'homologué, serait sujet d'une interprétation semblable (*Obs.* Hayem, 1865); mais là aussi, c'est par le siège que pourrait se soutenir l'hypothèse d'épithélioma développé dans un goître aberrant.

Bien qu'avec des données embryogéniques moins précises que celles fournies par Verdun sur cette région, Veau, avait donc conclu, avec justesse, en disant « quand une tumeur s'éloigne tant soit peu du corps thyroïde, ne faites jamais le diagnostic de goître aberrant ».

Les inflammations chroniques des glandes salivaires peuvent causer des méprises, même pendant l'opération. Kuttner et Barling, en donnent des exemples, mais pas plus démonstratif que celui de Cunéo.

Les cancers des mêmes organes ne peuvent être différenciés qu'autant que le début peut-être précisé par le malade ou même le médecin. Au reste, dans le chapitre suivant, nous reviendrons sur la parenté de ces tumeurs avec les tumeurs branchiales du cou, et cela nous permettra de mieux saisir la cause de cette confusion toujours possible.

Les kystes dermoïdes et mucoïdes ont la même valeur originelle que les tumeurs branchiales. Leur susceptibilité aux irritations, même minimales, telles que la ponction peut en produire, est un caractère qui les rapproche encore de ces tumeurs et leur dégénérescence cancéreuse fréquente achève d'établir leur parenté. Leur diagnostic n'en est pas

moins malaisé, par la clinique tout au moins, car l'examen histologique et la constatation du revêtement épithélial ou muqueux continu d'une grande cavité et le contenu de cette cavité ont vite fait de lever les doutes.

Doit-on regretter que l'erreur soit possible. Non assurément, car leur meilleur traitement est l'extirpation. Encore qu'elle soit parfois malaisée, elle seule est préventive de leur transformation épithéliomateuse.

Les tératomes du cou, raretés cliniques, s'observent dès la naissance, ils sont du reste susceptibles, après une longue période d'inactivité, de devenir malins, et la transformation épithéliomateuse est assez fréquente. Dès lors, il est impossible de les différencier de l'épithélioma branchial, si l'on ne peut retracer leur histoire.

Les fistules congénitales, outre la fréquence de leur origine branchiale et de leur transformation épithéliomateuse, sont en général, assez faciles à reconnaître, la confusion n'étant possible que dans la dernière période de leur évolution et elle n'a guère alors d'intérêt.

Un dernier groupe de tumeurs est celui des fibromes, c'est là un groupe dans lequel des tumeurs histologiquement semblables reconnaissent des origines diverses.

De la thèse de Mousnier, qui les a particulièrement étudiés, il résulte les données suivantes :

1^o Les fibromes du cou sont composés dans la majorité des cas, de tissu fibreux, presque pur; parfois cependant les éléments cellulaires sont assez abondants et font que ces tumeurs méritent le nom de fibro-sarcomes et, comme tels, doivent être tenus suspects de malignité.

2^o Leur origine peut être assez souvent rattachée aux formations voisines, périostes, aponévroses, voire même dure-mère.

Mais il est des cas, 6 cas sur 32 observations, où faute de pouvoir les rattacher à quoi que ce soit, on a dû invoquer une origine branchiale (Athinson, Partridge, Barton, Waitz, Morris, Lœvy, Lœper).

Ces tumeurs, nous le savons, se sont présentées avec tous les caractères des tumeurs branchiales malignes au début, sauf un : l'évolution moins rapide. Or, comme, au début, certaines tumeurs malignes évoluent d'une façon relativement lente, la transformation maligne ne s'opérant qu'après des années, on voit qu'il sera impossible de faire un diagnostic certain sur la nature de la tumeur examinée, lorsque le siège et les connexions seront ceux que nous avons déjà trouvés. Un fait cependant fournira une indication à défaut d'une preuve, c'est le sexe du malade ; les fibromes paraissent être, d'après la thèse de Mousnier, l'apanage des femmes adultes et les observations que nous avons recueillies, nous montrent inversement, que les tumeurs malignes appartiennent plutôt (exception), au sexe masculin.

En résumé, trois alternatives peuvent se présenter dans le diagnostic : 1° La tumeur est ulcérée et les caractères néoplasiques sont tellement évidents qu'on ne peut hésiter qu'entre une néoplasie secondaire ou primitive de la région, et les quelques cas très rares où l'on ne pourra fixer ce point, n'auront guère à souffrir de cette lacune.

2° La tumeur n'est pas ulcérée.

Elle se présente avec l'ensemble des caractères que nous avons trouvés dans la symptomatologie : âge du malade, siège de la tumeur au début ; indépendance en ce moment d'avec les organes voisins et, en particulier, d'avec les glandes salivaires et la peau ; consistance irrégulière, dure, avec des points fluctuants ou uniformément dure, fibreuse ; connexions vasculaires mises en évidence dès que la tumeur acquiert quelque volume, soit par des troubles d'irrigation cérébrale, soit par des troubles dans la circulation veineuse sous-cutanée ; marche, d'abord insidieuse, puis, plus rapide ; suceptibilité thérapeutique très grande ; troubles généraux peu accusés, sauf à une période avancée. En l'absence de lésions cancéreuses ou bacillaires ou spécifiques dans d'autres points de l'organisme, on sera autorisé à penser à une tumeur branchiale ; l'évolution et le sexe fourniront alors

des présomptions très grandes au point de vue de sa bénignité ou de sa malignité.

3° La tumeur n'est pas ulcérée, mais ne présente qu'un nombre plus ou moins grand de ses signes et, même en procédant à un diagnostic par exclusion, il sera possible de conserver des doutes. Les erreurs que l'on commettra alors le plus aisément, sont : la confusion avec les tumeurs des glandes salivaires ou même leur inflammation chronique ; l'adénite cancéreuse secondaire, sous la dépendance d'une lésion viscérale semblable, que l'on n'a pu mettre en évidence.

Ainsi que nous l'avons vu, les tumeurs branchiales du cou se rapprochent par bien des points des tumeurs des glandes salivaires. Comme structure, elles sont comparables à certaines tumeurs qui prennent naissance sur les lignes de soudure des arcs branchiaux.

Cette hypothèse uniciste est extrêmement séduisante. Elle est vraie dans la plupart des cas, ou tout au moins elle explique bien les phénomènes observés le plus souvent, ainsi que nous allons le voir rapidement.

Tout d'abord, pour les tumeurs exactement situées dans la région sterno-mastoïdienne et pour celles naissant à la face, sur les lignes de soudure des bourgeons maxillaires nasaux et frontaux, cette hypothèse est la seule pouvant expliquer la présence de tissus multiples et d'origine différente. Elle s'impose donc à tous ceux qui admettent la théorie de l'inclusion cellulaire pour cause de la production des tumeurs.

Pour les tumeurs des glandes salivaires développées non au dépend du tissu glandulaire, mais dans les espaces inter-oculaires, l'origine branchiale est encore la meilleure. Elle a pour elle la similitude absolue de ces tumeurs épithéliomateuses avec les épithéliomas branchiaux du cou et, surtout,

ce fait, que, seule, elle peut expliquer l'abandon de débris embryonnaires indépendants de la glande mais situés dans le tissu cellulaire dans lequel vont se développer les acini de cette glande.

Le cas de Fredet et Chevassu est absolument typique dans cet ordre d'idées et ne permet pas de douter que certaines tumeurs parotidiennes et sous-maxillaires ne méritent le nom de branchiomes à l'égal des tumeurs étudiées dans la région sterno-mastoïdienne.

Mais ici s'arrête la portée de cette hypothèse branchiale. Les glandes salivaires sont passibles de néoformations qui ne se distingueront des précédentes que par le microscope : ce sont les adénomes et les tumeurs mixtes de ces glandes. Pour ces tumeurs, l'explication branchiale n'est plus valable ; elle n'est pas plus satisfaisante pour expliquer les tumeurs développées au voisinage immédiat des glandules des joues, tumeurs qui possèdent encore la structure des tumeurs mixtes.

Massabau, dans un travail récent, a très bien étudié ces tumeurs, mettant en évidence les éléments constitutants qui leur ont valu le nom de tumeurs mixtes et, dans sa conclusion au sujet de l'origine de ces tumeurs, il est ramené pour ces cas particuliers aux idées soutenues par Pitance en 1897.

On doit, en effet, les rapporter non à une inclusion branchiale, non à un trouble dans l'évolution des arcs branchiaux au moment de leur coalescence, mais à un trouble dans la genèse de ces glandes elles-mêmes au moment du bourgeonnement de la muqueuse buccale déjà constituée.

Ce trouble consisterait dans l'arrêt de développement d'un bourgeon secondaire de la glande, amenant comme conséquence le remplacement de ce qui aurait dû être un lobule normal par un amas embryonnaire, éminemment propre à reproduire soit des tubes adénomateux, soit des travées épithéliales à épithélium plat, analogue à celui de la muqueuse buccale. Cette hypothèse n'a contre elle que le pour-

quoi de cet arrêt de développement, mais cette objection atteint toutes les explications basées sur la persistance de cellules embryonnaires, sans que le fait de cette persistance puisse être nié. (Thèse de Veau).

En fin de compte, nous voyons que les tumeurs du cou que nous avons étudiées méritent le nom de branchiomes, mais qu'elles ne sont pas seules à le mériter. Seulement, l'impossibilité où l'on se trouve, en clinique, de préciser cette origine branchiale pour les tumeurs qui ne sont pas celles que nous avons étudiée, fait que l'on n'a aucun intérêt à séparer les branchiomes parotidiens et sous-maxillaires des épithéliomas des mêmes glandes. L'étude histologique soigneusement faite de ces tumeurs, en particulier dans les zones d'envahissement, montrera, seule, l'indépendance primitive de la tumeur et de l'organe et permettra de la rapporter à sa véritable origine.

Il serait téméraire d'aller au-delà et, ceux qui l'ont tenté ont été obligés de donner des interprétations personnelles nouvelles des faits sur lesquels tous les auteurs étaient d'accord et sur lesquels, du reste, l'accord n'a pas cessé.

PRONOSTIC. TRAITEMENT.

Les branchiomes cervicaux doivent être, au point de vue pronostic autant qu'au point de vue clinique, distingués en deux groupes. Pour les branchiomes conjonctifs bénins, fibromes, fibrochondromes, fibrolipomes, le pronostic est relativement bénin. Ce ne sont point cependant des affections à négliger car leur bénignité est chose assez incontestante. Un traumatisme, un traitement mal compris, sont suffisants parfois pour changer le cours de leur évolution et Mousnier, pour bien préciser ce fait, a appelé les premières de ces tumeurs, qui sont le plus susceptibles de transformation maligne, des fibrosarcomes.

Les branchiomes malins évoluent par le fait de leur constitution complexe en deux périodes, une de bénignité plus ou moins longue. une de malignité. Jamais encore ces tumeurs n'ont été extirpées alors que toutes petite, bien encapsulées, on aurait pu espérer une limitation nette, une intégrité absolue des organes voisins.

Quel serait le pronostic de ces tumeurs convenablement opérées et opérées en temps utile ? Nous ne pouvons qu'espérer qu'il serait meilleur que le pronostic basé sur l'étude des tumeurs adultes dont nous avons retrouvé les observations.

En effet, l'avenir est des plus sombres et l'échéance est fatale pour les tumeurs malignes. La date peut-elle être reculée ? Rai-

sonnablement, il semblerait que seul un traitement bien institué put reculer le terme de la maladie. L'expérience montre presque l'inverse et cela bien que tous les traitements employés aient été dictés par la logique.

Les traitements médicaux, pommades iodurées, etc., ne paraissent pas d'une innocuité absolue et on note à la suite une poussée nouvelle de la tumeur. Simple coïncidence peut-être, en tout cas leur application n'a jamais amené une rétrocession, même momentanée, de la tumeur.

Les injections modificatrices, l'incision, n'ont abouti qu'à une seule chose, hâter l'ulcération et, par suite, augmenter les chances d'infection.

Leur action sur l'évolution de la tumeur est telle qu'on ne doit chercher à éclairer son diagnostic par une ponction exploratrice, fut-ce capillaire, qu'autant qu'on est décidé à l'intervention.

Et celle-ci ne saurait être que l'extirpation totale, large, dépassant les limites de la tumeur, dût elle entraîner des sacrifices considérables tels que l'ablation d'une partie du paquet vasculo-nerveux.

Mais avant de procéder à de tels délabrements le chirurgien est en droit de se demander s'ils sont justifiés.

Dans les cas de tumeurs fibreuses ou conjonctives, de tumeurs bénignes en mot, la récurrence restant exceptionnelle, on ne peut que souscrire à un traitement actif, à une cure radicale par l'extirpation. C'est dans ce cas, du reste, que l'ablation de la tumeur se fait avec le plus de facilité, les adhérences étant généralement moins étendues, la tumeur mieux limitée. Dans ces cas, on ne pourrait être arrêté que par les dangers très réels de l'opération. Nombreux sont les opérateurs qui les ont bravés et, aussi bien pour les fibromes branchiaux que pour les tumeurs de même nature mais d'origine différente, les résultats ont été satisfaisants, les sacrifices relativement peu considérables.

Dans le cas des épithéliomas branchiaux adultes tels que ceux qui ont été opérés jusqu'ici, le succès ne paraît pas jus-

tifier l'intervention. Jusqu'à la thèse de Veau, un seul succès, celui de Eigenbrodt; encore la récurrence a-t-elle pu se produire après la présentation du malade. Pour l'autre guérison rapportée par Veau nous avons vu qu'il fallait être plus réservé et que probablement on avait eu affaire à un branchiome bénin. Veau espérait qu'une connaissance plus exacte de ces tumeurs et de la technique opératoire relative à leur ablation permettrait d'obtenir de meilleurs résultats : Ces résultats quels sont-ils ? Confirment-ils les espérances de Veau ?

Il nous a été possible de réunir 19 observations d'épithéliomas depuis la publication de ce travail : tous sauf deux, ont été opérés ; le résultat a été pour tous identique. La technique opératoire, meilleure assurément, a permis la réunion per primam dans presque tous les cas, mais le succès n'est qu'éphémère. La récurrence ne tarde guère à se manifester, souvent dès les premiers mois. La tumeur ainsi développée prend si rapidement des adhérences avec tout ce qui l'entoure qu'elle en devient inopérable, la cachexie progresse avec la même rapidité et la survie du malade n'est guère plus considérable (quelques mois au plus) que si on eut abandonné la tumeur à elle-même.

Et, pour cela, on a couru des risques opératoires énormes parmi lesquels la syncope et des troubles post-opératoires en tête desquels nous trouvons l'hémiplégie par ramollissement cérébral.

Tant de dangers d'une part, des résultats si précaires, de l'autre font que nous considérons qu'il serait sage de s'abstenir dans la plupart des cas.

Par quoi alors remplacer le traitement chirurgical ?

L'électrothérapie semble tout indiquée. Il n'en est rien et le malade soigné par Barjon à Lyon est des plus instructifs à ce sujet. La tumeur paraît régresser dans son lieu d'origine, mais nous assistons à ce fait excessivement rare dans l'évolution des tumeurs branchiales, la généralisation cancéreuse. L'électrothérapeute malheureux s'acharnant à la poursuite des ganglions successivement pris, peut-il concevoir un

terme à sa poursuite ? Non, car même put-il poursuivre le mal successivement dans tous les groupes ganglionnaires superficiels, il ne pourrait plus l'atteindre dans les ganglions profonds et il lui arriverait ce qui est arrivé à Barjon, obligé d'abandonner la tumeur primitive pour courir après les greffes nouvelles : la tumeur ne tarde pas à reprendre son état florissant tandis que le malade achève de mourir.

Quel espoir pouvons-nous conserver après cela ? un seul pour le malade porteur d'une tumeur encore toute petite atteignent au plus la grosseur d'une noix.

En procédant alors à l'ablation totale complète et en procédant comme pour les cancers du sein, évitant d'inciser la tumeur elle-même en se tenant assez loin de la coque fibreuse qui l'entoure, peut être pourrait-on espérer des résultats plus favorables, mais ce n'est là qu'une hypothèse que l'avenir seul pourra justifier.

Bien des objections peuvent être faites à cette façon de voir. La plus fondée serait l'erreur de diagnostic, la confusion déjà possible entre les branchiomes malins et bénins la confusion surtout entre les branchiomes et les adénites chroniques, surtout bacillaires.

La première est sans conséquences pratiques et nullement préjudiciable au malade, celui-ci ayant tout à gagner à être débarrassé d'une tumeur maligne encore jeune et rien à perdre à ce qu'on lui enlève une tumeur bénigne,

Le même raisonnement s'applique à la deuxième alternative, le meilleur traitement des ganglions atteints de bacillose étant l'extirpation précoce, d'après les conseils de chirurgiens de mérite, Fischer, Kocher.

Aurait on affaire à un kyste ou une fistule congénitaux, le meilleur traitement serait encore l'extirpation préventive en vue de parer à leur transformation toujours possible en épithélioma, car dès que celui-ci est constitué et a pris des adhérences profondes aux muscles et aux vaisseaux, son extirpation offre de très grandes difficultés opératoires devant lesquelles il vaudra mieux parfois s'abstenir. (Bauby).

CONCLUSIONS

L'ensemble des tumeurs cervicales qui ont fait le sujet de cette étude mérite le nom de branchiomes. Ce ne sont pas les seules tumeurs de cette origine.

Ce groupe est formé de tumeurs de sièges divers :

1° Tumeurs cervicales proprement dites ;

2° Tumeurs juxta-salivaires (parotidiennes, sous maxillaires) ;

3° Tumeurs para-buccales ;

et dans ce derniers groupe on doit faire rentrer les tumeurs de la face siégeant sur les lignes de suture des bourgeons embryonnaires.

Le premier et le troisième groupe méritent d'être étudiés sous le nom de branchiomes, ne devant leurs caractères qu'à leur origine.

Le deuxième groupe peut n'être pas séparé des tumeurs mixtes des mêmes glandes. Ces tumeurs possédant en effet sensiblement les mêmes caractères et leur distinction clinique étant impossible, bien que, cependant, nombre d'entre elles puissent être expliquées par les théories de Pitance.

On ne doit pas non plus englober toutes les tumeurs de la face sous le terme branchiome, l'hypothèse la plus simple pour expliquer certaines néoplasies distantes des lignes de soudures et voisines des glandules des joues étant encore la

même théorie de l'évolution glandulaire incomplète (Pitance).

Par contre le groupe des branchiomes cervicaux doit comprendre toute néoplasie cervicale quand :

1° On ne peut la rattacher avec probabilité à un organe de la région ;

2° Le siège de début est sous angulo-maxillaire ;

3° L'évolution est celle que nous avons indiquée ;

4° La constitution histologique est complexe.

Le groupe des branchiomes doit se diviser en deux classes :

Branchiomes bénins ;

Branchiomes malins.

Surtout distincts par l'évolution clinique. Au point de vue histologique on trouve tous les termes de passage du premier vers le second, ce qui montre bien la tendance à une transformation malignes, celle-ci pouvant être sarcomateuse ou épithéliale.

Les tumeurs à évolution bénigne ou longtemps bénigne sont plutôt l'apanage des femmes et les tumeurs rapidement malignes ou malignes d'emblée, le privilège presque absolu des hommes.

Un caractère histologique remarquable des branchiomes tant malins que bénins est la grande fréquence du tissu myxomateux et des tissus embryonnaires.

Leur origine, tantôt conjonctive, tantôt épithéliale, nette dans certains cas, et souvent mixte, est parfois douteuse.

Le pronostic de telles tumeurs doit être dans tous les cas réservé, quoiqu'il soit bénin parfois.

Le traitement est unique : l'extirpation.

Celle-ci doit être :

1° Le premier moyen thérapeutique employé ;

2° Complète.

Elle doit, en outre, être faite le plus tôt possible pour tous les cas, bénins ou malins.

Dans les cas à évolution maligne, il ne paraît pas y avoir grand avantage à tenter une intervention, dès que le volume

de la tumeur a dépassé le volume d'une grosse noix et contracté des adhérences, la récurrence étant alors la règle absolue et la survie opératoire ne dépassant pas sensiblement la durée normale de l'évolution de la tumeur abandonnée à elle-même.

La généralisation est rare en dehors de l'emploi d'une thérapeutique insuffisante (electrothérapie) ou d'une extirpation incomplète.

Vu bon à imprimer :

Le Président de la Thèse,
F. VILLAR.

Vu : *Le Doyen,*
A. PITRES.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 16 avril 1908.

Le Recteur de l'Académie :
R. THAMIN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- AMBROSINI. — De l'épithélioma primitif du thymus. Thèse de Paris, 1904.
- AMMON. — Uber das bronchiogene carcinome. Th. inaug. Erlangen, 1891.
- ARNOLD. — Uber Teilungs Vorgänge an den Leucocyten. Virchow Archives, 1887, t. XXX.
- ARROU. — Article Cou, Traité de Chirurgie (Le Dentu et Delbet), 1898.
- BECKMANN. — Uber ein Fall congenitaler Knorpel reste am Halse. Th. Munich, 1897.
- BERGER. — Epithélioma branchiogène et epithélioma aberrant de la thyroïde, Cong. chir. 1897, 18 octobre.
- BERGER. — Tumeurs mixtes du voile du Palais. Rev. Chir., 1897, t. XXVII.
- BERGERON. — Tumeurs ganglionnaires du cou. Th. agrég. Paris, 1872.
- BLACHE. — Epithélioma de la région cervicale. Bull. Soc. Anat., 1865.
- BOCCASSO. — Un neurona plessiforme nel dominio del nervo grande hypoglosse. Giorn. della, Acad. di Torino, 1896.
- BÖCKEL. — Extirpation des tumeurs profondes du cou. Bull. Gén. de Thérapeutique, 1879.
- BOURDON et VERNEUIL. — Carcinome primitif des ganglions du cou. Soc. Anat. 1872.
- BRAULT. — Sur le développement des épithéliomes d'origine ectodermique et en particulier des modifications des cellules qui les constituent. Presse Méd., 1874, n° 28.
- BRINET. — Contribution à l'étude des carcinomes branchiogènes. Th. Montpellier, 1878.
- BROCA. — Art. malformation congénitales de la face et du cou. Traité Chirurg. Duplay et Reclus.

- BRUNS. — Das branchiogene Carcinome des Halses.
- CAZIN. — De la spécificité cellulaire dans les cancers épithéliaux. Ass. Franç. pour l'avanc. des Sciences, 1893.
- CHAMBARD. — Du Carcinome primitif des ganglions lymphatiques. Rev. Mens. de Méd. et Chirg., 1880, n° 2.
- CUNÉO et VEAU. — Contribution à la pathogénie des tumeurs mixtes parabuccales. Congrès Internat., 1900. Sect. Chirurgie.
- CURLING. — Cas intéressant de cancer des glandes du cou (40 ans) primitif. Méd. Times, 1861, t. II.
- CURTIS et PHOCAS. — Contribution à l'étude des tumeurs mixtes de la parotide. Arch. prov. Méd. t. I, 1899.
- DUCLAUX. — Les polypes dermoïdes du pharynx. Th. Paris, 1900.
- DEYTIEUX. — Branchiomes cervicaux. Th. Paris, 1903.
- DOLBEAU. — Des tumeurs cartilagineuses de la parotide et de la région parotidienne, Gaz. heb., 1858.
- DUCLAUX. — Carcinome et sarcome, Revue critique. Annales de l'Institut Pasteur, 1898, p. 84.
- DUPLAY. — Tumeur ganglionnaire de la région cervicale. Prog. Méd., 7 octobre 1876.
- DUPLAY. — Tumeur cancéreuse ganglionnaire du cou. Prog. Méd., 21 juillet 1877.
- EIGENBRODT. — Branchiogene Carcinome Verhandlung der Deutschen Gesellschaft für Chirurg., 1894.
- FERRARI. — Contribution à l'étude des glandules para thyroïdiennes. Th. Genève, 1897.
- FURSTENHEIM. — Tumeur congénitale, cartilagineuse du cou provenant d'un arrêt de développement de la 2^e fente branchiale. Berlin Klin. Woch., 1^{er} avril 1895, n° 15.
- GASSAUD. — Enchondrome des ganglions du cou. Gaz. Hôp. 1864.
- GORRÉ. — Tumeur cancéreuse du cou adhérente à la veine jugulaire interne, Gaz. Hôp., nov. 1842.
- GUSSENBAÜER. — Beit. Z. Kenntnis des branchiogen Geschwulste. Festschrift. Th. Billroth, 1892.
- GUYON. — Etude sur les fibromes aponévrotiques. Bull. Acad. Méd. Paris, 1877, n° 21.
- HAYEM. — Note sur un cas de tumeur ganglionnaire comprimant la trachée. Gaz. heb. Méd. et Chir., 8 février 1865.
- HIS. — Développement des arcs branchiaux. Arch. für Anat. 1886, 87, 89, 91.
- HERTWIG. — Précis d'embryologie.

- HUETER. — Kyste sanguin de la région latérale du cou. Berlin Klin. Woch; 1877.
- HUGUIER. — Tumeur de la région cervicale appuyée sur les vaisseaux carotidiens. Soc. Chir., 25 janvier 1854.
- JAWDYNISKY. — Un cas de cancer primitif du cou. Gaz. Lek. 1888, tome VIII.
- KALINDERO. — Tumeur épithéliale de la région parotidienne. Bull. Soc. Ana. 1865.
- KIRMISSON. — Traité des maladies chirurgicales d'origine congénitale. Paris, Masson, 1898, p. 166.
- LANGENBECK. — Beit. Z. chirurgischen pathologie der Venen. Arch. für Klin Chirurg., 1861.
- LANNELONGUE et ACHARD. — Traité des kystes congénitaux. Paris, 1886.
- LE DENTU. — Enchondrome de la parotide. Gaz. des Hôpitaux, 1891.
- LE DENTU. — Branchiome. Soc. Chirurg., 1905.
- LECÈNE. — Tumeurs des glandes salivaires. Rev. Chirg., août, septembre, octobre, décembre 1907, janvier 1908.
- LEVY et LOPER. — Tumeur fibreuse du cou. Soc. Anat. 1899.
- LEPOUTRE DURET. — Branchiome. Société Anat. Clin. de Lille, 1905.
- MALASSEZ. — Sur le cylindrome avec envahissement myxomateux. Arch. de Phys., 1883.
- MARIGNAC (DE). — Enchondrome primitif de la glande sous-maxillaire. Bull. Soc. Anat., janvier 1897.
- NICAISE. — Epithélioma primitif des ganglions du cou. Th. agrég., Humbert, 1878.
- PALTAUF. — Uber Geschwulste der glandulo carotica Zeiglers Beit. Z. Path. Anat., 1892, p. 260.
- PAVIOT et GEREST. — Epithélioma primitif du thymus. Arch. de Méd. experi. 1886, p. 606.
- PEREZ. — Uber die. Branchiogen carcinom. Beit. Z. Klin Chirurg. 1899, t. XXIII.
- PITANCE. — Tumeur mixte du voile du palais, 1897.
- PORZI. — Chondrome primitif d'un ganglion sous-maxillaire. Soc. Anat. 1877.
- PRENANT. — Traité d'embryologie.
- QUARRY SILCOCK. — Cystic épith. of the neck. Brit. Méd. Journal, 1887, 18 mars.
- QUENU. — Des arcs branchiaux chez l'homme. Th. d'agrég., Paris, 1888.
- QUERVAIN (DE). — Uber die fibrome del Halses. Arch. für Klin Chirurg. 1899, t. LVIII.
- QUINTRIE. — Epithélioma ganglionnaire du cou. Journ. de Méd. de Bordeaux, 31 juillet 1898.

- RECLUS. — Angiome caverneux communiquant avec la jugulaire interne. Soc. Chirur., 1882.
- RENDU. — Epithélioma des ganglions du cou. Soc. Anat., août et octobre, 1899.
- REVERDIN et MAYOR. — Epithélioma pavimenteux lobulé branchiogène. Revue Méd. Suisse romande, 1888.
- RITTER. — Un fibro-sarcome particulier du cou. Virchows Archive, 1899.
- SCHAAPER. — Sur les corps épithéliaux para thyroïdiens et la glande carotidienne. Arch. fur. mi kr. Anat. 1895, t. XLVI.
- SCHAW. — Tumeur sarcomateuse du cou. Lancet, 1854, p. 106.
- STOICESCO. — Cancer des ganglions du cou propagé au larynx. Soc. Anat.,
- TALAZAC. — Tumeurs de la glande sous-maxillaire. Th. Paris, 1869.
- TREIBERG. — Zur Kasuistik des primcerenk. Hals carcinom. Vracht, 1883, n° 9 p. 129.
- TRÈVE. — Malignant cystic of the neck. Trans. of the pathol. Soc. London, 1887, t. XXVIII.
- VEAU. — Les kystes thyroïdiens. Gaz. des Hôp. 1901.
- VEAU. — Les épith. branch. du cou. Revue de Chirurg., 10 mars 1900.
- VEAU. — » » » » Thèse de Paris, 1901.
- VERDUN. — Thèse Doctorat es-Science, Paris, 1901.
- VISCARO. — Des tumeurs ganglionnaires du cou. Th. Paris, 1852.
- VOLKMANN. Das tiefe branchiogen Hals carcinom. Cent. fur Chir., 28 janvier 1882.
- ZICAS. — Epithélioma branchial. Thèse Paris, 1902.

